

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví: N5345

Studijní obor: Intenzivní péče: 5345T024



Bc. Eva Horáková

Zachování důstojnosti u pacientů v bezvědomí na ARO, JIP

Maintaining dignity for patients in coma at ARO, ICU

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Helena Chloubová

Praha 2010

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby tato závěrečná práce byla archivována v Ústavu vědeckých informací 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a zde užívána ke studijním účelům. Za předpokladu, že každý, kdo tuto práci použije pro svou přednáškovou nebo publikační aktivitu, se zavazuje, že bude tento zdroj informací řádně citovat.

Souhlasím se zpřístupněním elektronické verze mé práce v Digitálním repozitáři Univerzity Karlovy v Praze (<http://repozitar.cuni.cz>). Práce je zpřístupněna pouze v rámci Univerzity Karlovy v Praze.

Souhlasím – Nesouhlasím*

V Praze, 30. 8. 2010

Bc. Eva Horáková

* Nehodící se škrtnete

Poděkování

Touto cestou bych velmi ráda poděkovala PhDr. Heleně Chloubové za veškerý čas, který mi věnovala při konzultacích. Děkuji za poskytnutí veškerých rad a studijních materiálů, za její ochotu, trpělivost a porozumění.

Mé poděkování patří všem respondentům, kteří se účastnili výzkumu.

Identifikační záznam:

HORÁKOVÁ, EVA. *Zachování důstojnosti u pacientů v bezvědomí na ARO, JIP* [Maintaining dignity for patients in coma at ARO, ICU]. Praha, 2010, 85 stran, 7 příloh. Diplomová práce (NMgr). Univerzita Karlova v Praze, 1. Lékařská fakulta. ÚTPO, Vedoucí práce Chloubová, Helena.

Abstrakt

Tato diplomová práce se zabývá problematikou saturace potřeb u pacientů v bezvědomí. Úkolem bylo zjistit nejen teoretické vědomosti respondentů o potřebách člověka, ale zejména pak saturace vyšších psychosociálních potřeb. Práce se zabývá problematikou kulturní, etnické a náboženské odlišnosti pacientů a jejich vlivem na ošetrovatelskou péči. Zaměřena je na nejčastější ošetrovatelské výkony, při kterých dochází k narušení intimity a tím i důstojnosti pacienta. Především v oblasti hygienické péče a problematiky terminálního stádia a umírání.

Ve výzkumné části se snažíme potvrdit stanovené cíle a hypotézy pomocí kvantitativní výzkumné metody dotazníku. Kvantitativní výsledky doplňuje kvalitativní výzkum pomocí pozorování náhodně vybraných sester.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že sestry nemají dostatečné teoretické znalosti v oblasti teorie potřeb člověka, a tudíž velmi zřídka saturují jiné potřeby než fyziologické. Důstojnost nemocného člověka je především narušena při hygienické péči. Komunikace nejen s pacientem, ale i rodinou je nedostatečná a obtěžující pro sestry.

Klíčová slova

DŮSTOJNOST

POTŘEBY

BEZVĚDOMÍ

TERMINÁLNÍ STÁDIUM

SMRT

NÁBOŽENSTVÍ

ETNIKUM

KULTURA

Abstract

This thesis deals with the saturation of the needs of patients in coma. The challenge was to find not only theoretical knowledge of respondents about the needs of man, but especially the higher saturation of psychosocial needs. Work deals with cultural, ethnic and religious diversity of patients and their influence on the patient's dignity. Especially in the health care problems and terminal care. It focuses on the most frequent nursing interventions, which cause disruption of intimacy and thus the stage and dying.

In the research part, we try to confirm the objectives and hypotheses using quantitative research methods questionnaire. Quantitative results following qualitative research using observation of randomly selected nurses.

From the research showed that nurses do not have sufficient theoretical knowledge of the theory of human needs, and therefore very rarely saturate other than physiological needs. Dignity of a sick person is impaired primarily in health care. Communication not only with the patient, but family is poor and annoying the nurses.

Keywords

dignity

supplies

unconsciousness

terminal stadium

death

religion

ethnicity

culture

OBSAH

1 CHARAKTERISTIKA HOSPITALIZOVANÝCH NEMOCNÝCH NA ARO, JIP.....	11
1.1 Nemocný v bezvědomí.....	11
1.2 Potřeby u nemocných v bezvědomí	12
1.3 Problémy saturace potřeb	12
1.4 Tělesné potřeby	13
1.5 Psychosociální potřeby.....	18
1.6 Vyšší psychosociální potřeby.....	19
2 CHARAKTERISTIKA A KLASIFIKACE POTŘEB	20
2.1 Klasifikace potřeb dle různých autorů	20
2.1.1 Hierarchie potřeb podle A. H. Maslowa	20
2.1.2 Index potřeb dle A. Murray.....	22
2.1.3 Humanistický psycholog C. Rogers.....	22
2.1.4 Charakteristika potřeb dle Chloubové.....	22
2.2 Vyšší psychosociální potřeby.....	24
3 SEBEPOJETÍ - DŮSTOJNOST PACIENTA	27
3.1 Důstojnost člověka a nemocného.....	27
3.2 Faktory ovlivňující sebekoncepci a sebepojetí	27
3.3 Důstojnost nemocného na ARO, JIP.....	28
3.4 Důstojnost nemocného při hygienické péči na oddělení ARO, JIP	29
3.5 Důstojnost nemocného při umírání	29
3.6 Důstojnost nemocného v terminálním stádiu	31
4 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ SEBEPOJETÍ A DŮSTOJNOST NEMOCNÉHO.....	32
4.1 Teoretická východiska	32
4.2 Vlivy vnitřní na sebepojetí s důstojnost.....	33
4.2.1 Rodina a výchova.....	33
4.2.2 Fyziologické vlivy ontogeneze – puberta	34
4.2.3 Patologické vlivy - tělesné hendikepy, nemoci.....	35
4.3 Vlivy vnější na sebepojetí	35
4.3.1 Vliv socializace	36
4.3.2 Vlivy kultury	36

4.3.3	Vlivy duchovní a náboženského vyznání.....	36
4.3.4	Vlivy etnika.....	38
5	PROBLÉMY SLEDOVÁNÍ A SATURACE POTŘEB U NEMOCNÝCH V BEZVĚDOMÍ ZDRAVOTNICKÝM PERSONÁLEM.....	40
5.1	Holistický přístup v ošetrovatelském procesu na ARO, JIP	40
5.2	Metody péče s pacienty v bezvědomí	44
5.2.1	Bazální stimulace - přístup v péči o pacienty v bezvědomí.....	44
5.3	Další metody saturace a navázání kontaktu s pacientem	45
5.3.1	Neurorehabilitace	46
5.3.2	Dotek	47
5.3.3	Auditivní stimulace	47
5.3.4	Orální stimulace	47
5.3.5	Zapojení rodiny	48
5.3.6	Duchovní péče.....	48
6	EMPIRICKÝ VÝZKUM.....	50
6.1	Cíle a hypotézy výzkumu.....	50
6.1.1	Cíle empirického výzkumu	50
6.1.2	Hypotézy	51
6.2	Metody výzkumu	52
6.2.1	Dotazníková metoda.....	52
6.2.2	Předvýzkum	52
6.2.3	Pozorování sester při ošetrovatelských výkonech	53
6.3	Zpracování získaných dat z dotazníku a pozorování sester při ošetrovatelských výkonech.	53
6.4	Charakteristika výzkumného vzorku.....	53
6.4.1	Charakteristika respondentů z dotazníkového šetření.....	54
7	VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH INTERPRETACE	55
7.1	Získané výsledky k hypotéze č. 1	55
7.2	Získané výsledky k hypotéze č. 2	60
7.3	Získané výsledky k hypotéze č. 3	65
8	DISKUZE.....	71
8.1	Diskuze k výsledkům	72
9	NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ PRO PRAXI	77
10	ZÁVĚR.....	78

11	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	79
12	SEZNAM ZKRATEK.....	84
13	SEZNAM PŘÍLOH.....	85

Úvod

Velmi dlouho jsem přemýšlela o tématu diplomové práce, ale žádné navržené téma mě dostatečně neoslovilo. Jelikož pracuji na jednotce intenzivní péče a moji pacienti jsou většinou pacienti v bezvědomí, tak jsem se chtěla zaměřit, na problematiku stavu vědomí a závislosti nemocného. Myslím si, že saturace potřeb u pacientů v bezvědomí je velmi obtížná. Často přemýšlím o pacientech, kteří jsou v bezvědomí, odkázáni na naši péči. Sleduji práci sester, která je velmi náročná, ale také vidím velmi mnoho problémů a nedostatků.

Situace, do které jsem se dostala, mě utvrdila, že problém je velmi aktuální, častý a vážný. Na noční směnu mně předávala kolegyně pacientku, která byla po autonehodě v bezvědomí a na UPV (umělá plicní ventilace). Na první pohled bylo vidět, že je to pacientka cizí národní příslušnosti, paní byla z Iránu, muslimského vyznání. Pacientka ležela zcela odhalena, měla zahalený pouze klín. Během předávání jsem pacientku ihned přikryla. Na dotaz své kolegyně, proč to dělám, jsem odpověděla, že by tu jistě nechtěla sama ležet zcela odhalena.

Intenzivní medicína je zaměřena velmi technicky, instrumentálně a výkonově. Saturace psychosociálních potřeb je velmi často opomíjena. Jedinečná osobnost pacienta v bezvědomí se nám často vytrácí, protože zachraňujeme život a péče je soustředěná na základní životní funkce. Neuvědomíme si, že tam leží člověk, který měl své sebepojetí, hodnoty, přání a potřeby a který je stále součástí rodiny, společnosti či kultury. Právě sestra tráví s pacientem nejvíce času, a proto by měla v rámci poškozeného zdraví umět saturovat všechny potřeby nejen tělesné, ale také potřeby psychosociální. Ošetrovatelská péče je v intenzivní medicíně snad nejnáročnější nejen fyzicky, ale především psychicky. Kladené nároky na ošetrovatelskou péči jsou velmi vysoké.

Každý den v práci si uvědomuji, že stačí velmi málo, aby člověk ztratil možnost rozhodovat sám o sobě. Nastane-li situace, že bude můj život v rukách někoho jiného, tak v rukách zdravotníků, pro které nebudu jen „někdo s komocí na posteli č. 3“, ale bude tam ležet člověk, který má svou důstojnost a hodnotu své přání a potřeby a je součástí vztahů a rolí v rodině a společnosti. Cílem práce je poukázat na důležitost saturace a znalost psychosociálních potřeb a jejich propojenost s důstojností nemocného.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Charakteristika hospitalizovaných nemocných na ARO, JIP

Intenzivní medicína je lékařský obor zabývající se péčí o pacienty v kritickém stavu. Zabývá se diagnostikou, kontinuálním sledováním a léčbou pacientů s potencionálně léčitelnými život ohrožujícími chorobami, úrazy a komplikacemi u kterých je nezbytná podrobnější lékařská i ošetrovatelská péče. V péči o kriticky nemocné je nezbytný multidisciplinární přístup. (Ševčík, 2003, s. 2)

Nemocní hospitalizovaní na ARO a JIP jsou ohroženi na životě. Jsou v bezvědomí, na UPV, monitorují se fyziologické funkce, monitoruje se nitrolební tlak, jsou napojeni na kontinuální eliminační metody.

V dokumentaci nemocného nesmí chybět informovaný souhlas s hospitalizací. Pro poruchu vědomí nebo špatný celkový zdravotní stav, který neumožňuje podepsat souhlas nemocného s hospitalizací je nutné zahájit detenční řízení. Patříčný formulář je vyplněn a odfaxován do 24 hodin (nebo první následující pracovní den) na příslušný obvodní soud. Dle § 81 o.s.ř je opatrovníkem soudem stanovený advokát. (Kapounová, 2007, s. 19)

Ošetrovatelská zátěž je největší, protože ošetrovatelská péče o nemocného je zaměřena na zajištění základních životních funkcí a nemocný je zcela závislý na péči zdravotnického personálu. Nemocný je ohrožen velkým množstvím komplikací, jako je vznik imobilizačního syndromu, který se může projevit jako postižení kardiovaskulárního systému, dýchacího ústrojí, gastrointestinálního traktu, pohybového systému, kostí, psychického stavu a kožní integrity. (Kapounová, 2007, s. 125)

1.1 Nemocný v bezvědomí

Kvantitativní poruchou vědomí chápeme jako poruchu bdělosti-vigility. Můžeme jej rozdělit na tři typy:

- somnolence: pacient zdánlivě spí, spontánně nemluví. Reaguje na zvukové, dotykové a jednoduché zrakové podněty
- sopor: pacient reaguje jen na bolestivé podněty neartikulovaným zvukem
- kóma: pacient ztrácí reaktivitu na zevní podněty. Při silných bolestivých podnětech se zpočátku objevuje dekortikační nebo decerebrační odpověď, případně vegetativní

odpověď: tachypnoe, tachykardie, v nejhlubším kómatu není přítomna reakce na žádné podněty. (Ševčík, 2003, s. 272)

Pro hodnocení kvantitativních poruch vědomí je vypracována řada skórovacích systémů. Nejpoužívanější je Glasgow Coma Scale (GCS). Viz. příloha č. 1

GCS se používá pro objektivní a standardizované posouzení stavu vědomí. Po sečtení skóre ze všech tří kategorií jsou získané body zapsány do dokumentace. GCS 3 body znamená hluboké bezvědomí, GCS 8 a méně značí pacienta s nutností intenzivní péče. (Kapounová, 2007, s. 42)

Kvalitativní poruchy vědomí jsou poruchy v obsahu vědomí. V popředí jsou poruchy sebeuvědomování se a další psychické poruchy. Patří sem psychomotorický neklid, zmatenost, delirium. (Ševčík, 2003, s. 272)

1.2 Potřeby u nemocných v bezvědomí

Zdravý člověk je schopen reagovat na změny okolí a je schopen stanovit si své cíle a uspokojovat své potřeby. Nemocný často potřebuje pomoc sestry při saturaci potřeb, které nezvládá saturovat sám. Neuspokojí-li sestra potřeby nemocného, nemocný pociťuje frustraci. Dlouhodobá frustrace může přejít až v deprivaci doprovázené negativními pocity spojené se změnou chování. Neustále se vyvíjející zdravotní stav nemocného ovlivňuje jeho potřeby a nároky na ošetrovatelskou péči. Nemocný v bezvědomí je na péči sestry zcela závislý, je v podřízené pozici. Proto je nezbytné, aby sestra znala potřeby nemocného. Sestra by měla vždy maximálně podpořit soběstačnost a důstojnost nemocného a tím snižovat jeho závislost a frustraci nemocného. K nejčastějším potřebám nemocného v intenzivní péči patří potřeba dýchání, hydratace, výživy, vyprazdňování, soběstačnost, bezpečí, psychická vyrovnanost a vytvořit pocit bezpečí a jistoty. (Kapounová, 2007, s. 21 - 24)

1.3 Problémy saturace potřeb

Péče o nemocné v bezvědomí je velmi náročná. Sestra intenzivní péče je zaměřena výkonově, musí zajistit základní životní funkce a musí předcházet

závažným komplikacím. Náplň práce je velmi odborná, zaměřená na diagnosticko-terapeutické činnosti, vyžadující odborné dovednosti, jako například zavádění i.v. kanyl, monitorace životních funkcí, asistence při provádění terapeuticko-diagnostických výkonů lékaři a podobně. Prostoru na vlastní ošetrovatelskou péči je často velmi málo.

Podle mého názoru je sestra v intenzivní péči často hodnocena svými nadřízenými pro výkony, které provádí, jaké hodnoty vidí, sleduje, zapisuje a hlásí lékaři. Velmi často se tak v medicíně léčí monitor, nikoli nemocný.

Málo prostoru při hodnocení kvality péče o nemocné je kladen důraz na holistický přístup v ošetrovatelské péči. Problémem saturace potřeb u nemocných v bezvědomí je, že sestřám chybí zpětná slovní odezva nemocného. Tato situace klade vysoké nároky na sestry. Nároky v oblasti pozorování, empatie, zkušeností, logického myšlení, komunikativních, psychologických dovedností i osobnostních předpokladech sester.

Nemocní v bezvědomí nemluví, tudíž zpětná slovní vazba chybí. Zkušená sestra musí umět vyhledat a saturovat potřeby i bez slovního kontaktu. Zda je sestra úspěšná může vypožarovat s mimiky nemocného, jeho fyziologických funkcí, psychického stavu, rozhovoru s rodinou. Sestra musí být schopná empatie, protože nemocný je bezbranný a sestra za něj nese odpovědnost. Sestra doprovází nemocného po celou dobu hospitalizace, nejvíce zná jeho zdravotní stav, je jeho advokátem. Sestra je ta, kdo pozoruje a hodnotí nemocného stav, jeho projevy a reakce. Zda a co nemocný signalizuje, zaregistruje jen sestra, která si všímá nemocného a jeho projevů. Schopnost poznat potřeby nemocného a vcítit se do zdravotního stavu je jeden z nejtěžších úkolů sestry. Sestra tráví se svým nemocným nejvíce času, měla by být tím, kdo informuje lékaře o stavu nemocného, kdo doprovází rodinu a blízké nemocného a zapojuje je do péče o nemocného.

1.4 Tělesné potřeby

Tělesné potřeby označované jako základní, fyziologické, vrozené a nezbytné pro život. Jejich saturace je spojena s bytím či nebytím člověka. V intenzivní medicíně je často saturují přístroje za dohledu a obsluhy sestry.

Život člověka je soukolím různých potřeb, které jsou v různé úrovni uspokojení čili saturace, nebo naopak neuspokojení čili frustrace. V každé chvíli vznikají nové potřeby, jiné jsou částečně či zcela uspokojeny nebo jsou odsunuty, potlačeny či vůbec neuspokojeny. Jak uvádí Chloubová: „Potřeby nevznikají ani neprobíhají izolovaně, ale jsou naopak ve vzájemné interakci a mohou se ovlivňovat“. (Chloubová, Osobní rádce sestry, 2004, s. 4)

Tělesné potřeby jsou lidem vrozené, fyziologické. Proces uspokojení tělesných potřeb probíhá cyklicky a dočasně. Např. 16x se potřebujeme nadechnout, každé 3 hodiny se najíst a napít, a také se vyprázdnit. Při neuspokojení tělesných potřeb pociťuje člověk subjektivní pocit nelibosti. Při neuspokojení potřeby výživy pociťuje člověk hlad. Při neuspokojení potřeby hydratace pociťuje člověk žízeň. Profesionální zdatnost sestry se projeví tím, že je schopna tyto signály včas odhalit a tak diagnostikovat počátek frustrace potřeby. (Chloubová, Osobní rádce sestry, 2004, s. 4 -5)

Tělesné – fyziologické potřeby jsou nejzákladnější potřebami. Zdravý člověk jim nevěnuje velkou pozornost, protože fungují jaksi automaticky, bez velkého vědomého úsilí. Tělesné zdraví není cílem, ale prostředkem a cestou k vyšším hodnotám. Tělesné potřeby jsou dané tělesnými funkcemi organismu, bez nichž člověk funguje jen s velkými potížemi, protože biologická existence je ohrožena. Čím více tělesných potřeb není satureováno, tím je zdravotní stav nemocného vážněji ohrožen. (Chloubová, Osobní rádce sestry, 2004, s. 2-3)

Potřeba dýchání

Nemocný v bezvědomí, který často selhává v nejzákladnějších životních funkcích, jako je dýchání a kardiovaskulárních činností, proto je nemocný životně závislý na přístrojích. Saturace potřeby dýchání je závislá ventilátoru. Není v kompetenci sestry nastavit ventilátor a saturovat tak potřebu dýchání. Lékař intenzivista nastaví parametry ventilátoru, který saturuje potřebu dýchání. Sestra částečně saturuje potřebu dýchání v péči o dýchací cesty, sleduje množství, barvy sputa, odsávání dle potřeby pacienta. Sleduje ukazatelé ventilátoru, saturace krve kyslíkem a biochemické ukazatele arteriální krve. Sledování projevů infekce a imobilizačního syndromu, ale především podporovat nemocného při odvykání od ventilátoru. Především dlouhodobá, několika měsíční UPV je komplikována

psychickou závislostí nemocného na ventilátoru. Postupné odvykání nemocného od ventilátoru je doprovázeno často strachem a úzkostí nemocného. Nemocný je nucen sám vyvíjet dechovou činnost a to je velmi fyzicky náročné, protože jeho dechové svaly jsou oslabené. Strach a úzkost nemocného je doprovázena opocením nemocného, tachykardií a především tachypnoí a poklesem saturace krve kyslíkem. Tyto první projevy frustrace je nezbytné, aby sestra včas diagnostikovala a terapeuticky zasáhla. Především je důležité nemocného podpořit psychicky, uklidnit a uvolnit napětí nemocného. Správnou rehabilitací posilovat pomocné dechové svaly je nedílnou součástí každodenní rehabilitace nemocného. Jen dobře teoreticky vybavená a zkušená sestra, která má důvěru nemocného je schopna nemocného podpořit a pomoci zvládnout odpojení nemocného od ventilátoru a tak zvládnout samostatnost dýchání.

Potřeba hydratace

Nemocný v bezvědomí není schopen přijímat nic per os, proto je hlavní příjem tekutin v infuzní terapii, kterou ordinuje lékař. Sestra musí sledovat bilanci tekutin, hodnoty CVP, turgor kůže, stav sliznic, okolí katéetrového vstupu. Sestra musí být schopna rozpoznat, zda je pacient dostatečně hydratován, zda nedochází k dehydrataci či hyperhydrataci. Při zlepšení stavu vědomí je to sestra, která nabízí pacientovi první tekutiny nemocnému. Je to taky často první chuťový vjem, který pacient často po dlouhé době nemocný vnímá. První tekutiny, které jsou nabídnuty často pomocí namočené molitanové štětičky, které jen zvlhčí bukalní sliznice, ale je to první krok, který je nutno často opakovat a postupně tak obnovit a nacvičit polykací reflex, tak aby nemocný mohl saturovat potřebu hydratace zcela sám a fyziologicky.

Potřeba vyprázdnění moče, stolice

Tyto potřeby nemocný v bezvědomí saturuje, ale nesignalizuje její potřebu vykonání. Odchod moče a stolice je samovolný. Sestra sleduje množství a příměsi moče. Vše zaznamenává do dokumentace. Pečuje o ústí močové trubice a sleduje funkčnost PMK (permanентní močový katétr).

Sleduje pravidelnost stolice, konzistenci, příměsi a pečuje o okolí konečníku. S postupným zlepšováním stavu vědomí je nutné co nejdříve saturovat tuto potřebu

vědomě. Především včasným nácvikem mikčního reflexu. Zaštípnutím cévky, aby došlo k naplnění močového měchýře a uvědomění si nemocným tlaku na stěnu močového měchýře. Je snahou sestry co nejdříve nemocného zbavit PMK a saturovat tak tuto potřebu fyziologicky. Samozřejmost je zajištění intimního prostředí nemocnému a psychická podpora sestry je samozřejmá.

Je-li schopný nemocný alespoň částečně komunikovat pak je snahou saturovat potřebu vyprázdnění stolice do podložní mísy, později na pojízdnou toaletu a pak samozřejmě doprovodit nemocného na toaletu. Podložní mísa by měla dostat vždy přednost a sestra by měla vždy při signalizaci dát nemocného na mísu. Nesmí se spokojit s tím, že nemocný má pod sebou jednorázovou podložku, nebo má jednorázové plenkové kalhotky, protože vykonání potřeby pod sebe je nesmírně traumatizující a ponižující pro nemocného zvláště vnímá-li to nemocný.

Potřeba výživy

U nemocného je saturována často pomocí enterální a parenterální výživy. Enterální výživa aplikována sondou buď NGS, JS, PEG. Sestra pečuje o průchodnost a polohu sondy. Sleduje a zaznamenává množství aplikované výživy. Sestra sleduje množství a příměsi odpadu s NGS. Sestra sleduje fyzický stav nemocného, jeho tělesnou váhu, BMI.

Parenterální výživa je nejčastěji aplikována do CŽK. Sestra pečlivě sleduje a nastavuje rychlost infúze a aplikuje bolusy. Sestra sleduje okolí CŽK, pravidelně a sterilně převazuje, kontroluje průchodnost katétru.

Postupně pomocí molitanových štětiček, které jsou namočený v oblíbeném jídle nemocného, začíná sestra stimulovat chuťové buňky nemocného a nacvičuje postupně polykací reflex, což je cestou k postupné saturaci této potřeby.

Potřeba tělesné, duševní aktivity

Rehabilitace nemocného je zahájena hned, jakmile to zdravotní stav dovoluje. Zpravidla na oddělení ARO, JIP dochází kvalifikovaný personál, který 2krát denně provádí s nemocným pasivní léčebnou tělesnou rehabilitaci. Sestra, která ošetřuje nemocného v bezvědomí, by měla umět provádět pasivní cviky s nemocným kdykoli má čas. Je důležité zachovat rozsah pohybu, který měl nemocný před ztrátou vědomí. Správným polohováním se sestra snaží zabránit vzniku dekubitů a kontraktur.

Duševní aktivita je u nemocného v bezvědomí minimální, proto je vhodné když stimulují emoci i podněty rodinní příslušníci či přátelé.

Potřeba spánku, odpočinku

U nemocného v bezvědomí je prakticky nemožné hodnotit kvalitu spánku, ale kvalita spánku a biorytmů je narušena. Sestra by se měla snažit zjistit, jaké zvyklosti jaký biorytmus měl nemocný. Sestra by měla respektovat biorytmus nemocného s cirkadiálním rytmem. Informace od rodiny nemocného by měla sestra zaznamenat do dokumentace a měla by se snažit dodržovat a umožnit rituály nemocného, které by ho jistě uklidnili.

Potřeba tepla, pohodlí a být bez bolesti

Nemocní na intenzivních lůžkách mají často kontinuální analgosedaci, kdy předpokládáme, že nemocný nepociťuje bolest. Zkušená sestra se přesto zaměřuje především na paralingvistické projevy bolesti - neklid, vzdychání, sykání, pláč, nařikání.

Mimické projevy, grimasy.

Pohyby končetin- ustrnutí, ucuknutí, tření příslušné oblasti.

Posturologické projevy: ustrnutí v určité poloze, napínání končetin, těla.

Aktivita autonomního nerv. systému: tachykardie, hypertenze, mydriáza, nauzea. Tyto projevy bolesti vyzoruje sestra především při snížení hladiny medikamentů, je nezbytné, aby sestra informovala lékaře o projevech nemocného.

Potřeba být bez bolesti je podle výzkumu, který prováděla Chloubová nejčastější uváděnou potřebou nemocných. Celých 72% nemocných uvádělo potřebu být bez bolesti- být zdrav. (Chloubová,Osobní rádce sestry , 2004, s. 7)

Potřeba tepla a pohodlí: zda je potřeba tepla saturována může sestra sledovat měřením TT, měla by dbát na přikrytí celého těla adekvátní přikrývkou, správně polohovat nemocného, tak aby poloha byla pohodlná, fyziologická. Lůžko nemocného by mělo být pohodlné vybavené dobrou antidekubitní matrací.

Potřeba čistoty, hygieny

Saturace této potřeby je zcela v kompetenci sestry. Zda je saturována je velmi obtížné hodnotit. Každý člověk je individualita a má jiné návyky, zvyky při provádění hygienické péče. Sestra by se měla snažit saturovat tuto potřebu nejlépe,

jak umí. Hygienické péči tvoří základ celé ošetrovatelské péče. Hygienická péče je možností, jak navázat kontakt s nemocným, ale je to také velmi náročný úkon pro sestru. Především při hygienické péči sestra vstupuje do intimní zóny nemocného. Jen sestra, která je profesionálně zdatná zvládne tuto obtížnou situaci. Hygienická péče u nemocného v bezvědomí je velmi časově náročná. Podle mých zkušeností celá hygiena i s úpravou lůžka trvá minimálně 60 minut. Sestra během hygieny komunikuje s nemocným a vše mu dopředu oznamuje, co bude právě provádět. Věřím, že je již samozřejmostí odkrytí těch nejintimnějších míst jen na nejnnutnější dobu. Hygiena není jen zevní očista těla a prevence imobilizačního syndromu především dekubitů, ale měla by být příjemným prožitkem doprovázeným pocitem svěžesti, čistoty a důstojnosti.

Je velmi důležité pečovat o pokožku nemocného, protože velmi často je narušena její celistvost. Invazivní výkony, imobilizační syndrom, dekubity, kontraktury, embolie, infekce či samotným traumatem je celistvost kůže narušena. Kůže je největší orgán lidského těla, která především chrání organismus před zevním prostředím, pomáhá udržovat tělesnou teplotu a zprostředkuje nám tepelné vjemy s okolím.

Potřeba sexuality, mateřství

U nemocných v bezvědomí není saturována potřeba sexuality. Projevy erekce a ejakulace může být projevem zlepšení stavu nemocného. Především je-li pacientka matkou, může být potřeba mateřství velmi aktuální. Návštěvy rodinných příslušníků, případně dětí jsou samozřejmostí.

1.5 Psychosociální potřeby

Psychosociální potřeby člověka vznikají adaptací člověka na prostředí a jeho socializací. Dítě proniká do prostředí nejdříve v doprovodu matky, otce a širší rodiny, zajímá se o svět kolem sebe, začíná se vněm orientovat, adaptovat a postupně také měnit. Psychosociální potřeby jsou velmi individuální, protože jsou závislé na individuálních osobnostních, genetických či rasových předpokladech. Sociální prostředí a okolnosti umožňují socializaci člověka. (Chloubová, Osobní rádce sestry 2004, s. 3)

Do psychosociálních potřeb řadí Maslow potřebu bezpečí a jistoty. Chloubová v Domě životních potřeb je nazývá potřebami existenciální, čili umožňující orientaci a adaptaci v novém prostředí. Patří mezi ně potřeba zdraví, pomoci a ochrany, informací o sobě a okolí, soběstačnosti. Nemocný potřebuje důvěřovat svému okolí, mít naději, mít mír a klid chce mít jistoty ekonomické, sociální atd.

U nemocných je tato potřeba existence a bezpečí velmi ohrožena. Saturují je v základě zdravotníci a rodinní příslušníci, kteří by měli být na blízku, aby mohli podpořit adaptaci nemocného. Nemocný se ocitá v prostředí, které nezná. Vnímá zvuky, doteky, pachy, manipulaci s jeho tělem, které nemůže často sám ovlivnit. Tyto vjemy, které může nemocný vnímat velmi nelibě, vnímá nemocný s pocitem strachu a nejistoty doprovázené stresovým chováním. Agresivní chování, projevující se aktivním bojem s odstraněním domnělého nebezpečí a nejistoty. Únikové chování, Co nejrychlejší saturace této potřeby umožní rychlejší návrat nemocného do svého domácího prostředí.

Frustrace existenciálních potřeb se projevuje především pocity strachu, úzkostí, bolestí, ohrožením, nejistotou, neklidem, bezradností, hněvem apod. (Chloubová, Osobní rádce sestry, 2004, s. 5)

1.6 Vyšší psychosociální potřeby

Uspokojí-li člověk nižší potřeby, snaží se uspokojit potřeby vyšší. Mezi vyšší psychosociální potřeby řadí Chloubová potřebu lásky a sounáležitosti - afiliace, mít důvěru, rodina, přátelství, mít pozitivní vztahy, pečovat o druhé atd. Frustrace těchto potřeb se týká všech nemocných, kteří zůstali v novém prostředí sami - izolovaní od dřívějších vztahů. Nemocný se v novém prostředí cítí opuštěn, ztracen a bez lásky. Strach ze ztráty pozitivních vztahů vede k pocitům osamělosti, stesku, samoty, nejistoty až tísní. Nemocný může mít pocity zbytečnosti, nevděku, selhání a může dojít až k projevům deprese. Nebo naopak pocit hněvu a vzteku vedou k agresivnímu chování. (Chloubová, Osobní rádce sestry, 2004, s. 2)

2 Charakteristika a klasifikace potřeb

Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Potřeba je něčím, co lidská bytost potřebuje pro svůj život a vývoj. Prožívání nedostatku ovlivňuje veškerou psychickou činnost člověka - pozornost, emoce, myšlení, volní procesy a tím vytváří vzorec chování. Jednání člověka je zaměřené k spokojení potřeby. Je nezbytné si uvědomit, že v průběhu života se potřeby mění z hlediska kvantity i kvality. Všichni lidé mají společné potřeby, ale tyto potřeby jsou uspokojovány nejrozličnějšími způsoby života, z nichž si ani dva nejsou podobné. Potřeba startuje proces motivace, motivační napětí. (Trachtová, 2001, s. 10-11)

2.1 Klasifikace potřeb dle různých autorů

Z psychologického hlediska třídíme potřeby na:

1. biogenní, fyziologické
2. psychogenní, sociogenní, psychologické

Rozdělení odpovídá holistickému přístupu k člověku. Pojem potřeba vyjadřuje určité nedostatky v biologickém a v psychosociálním životě. (Trachtová, 2001, s. 11)

2.1.1 Hierarchie potřeb podle A. H. Maslowa

Americký psycholog Abraham H. Maslow byl prvním prezidentem Společnosti pro humanistickou psychologii, založenou v roce 1962. Ta to škola se považuje za „třetí sílu v psychologii“, která je v opozici vůči školám behavioristickým a psychoanalytickým.

Maslowova hierarchická teorie potřeb vychází s teorie motivace. Maslow zdůrazňuje propojení filozofie a psychologie a navrhuje aby se stala předmětem zájmu filozofie hodnot. Hierarchie potřeb obsahuje potřeby fyziologické, potřeby bezpečí, afiliace, uznání a seberealizace.

Fyziologické potřeby vyjadřují potřeby organismu, které slouží k přežití. Člověk dělá vše proto, aby nejdříve uspokojil fyziologické potřeby, než se stanou aktuální. Jsou-li

fyziologické potřeby nesaturovány, stávají se dominantními a ovlivňují jednání a chování jedince.

Potřeba jistoty a bezpečí je potřebou se vyvarovat ohrožení a nebezpečí. Touha po důvěře, spolehlivosti, stabilitě, potřeba ochránce apod.

Potřeba lásky a sounáležitosti jsou potřebou afiliační. Je to potřeba milovat a být milován, potřeba náklonnosti, sounáležitosti a sociální integraci.

Potřeba uznání, ocenění, sebeúcty. Potřeba sebeúcty a sebehodnocení znamenají přání výkonu, neudělat ostudu, kompetence, důvěry v okolní svět. Uznání a ocenění znamenají respekt u druhých lidí, prestiž v sociální skupině.

Potřeba seberealizace, sebeaktualizace je tendence realizovat své schopnosti a záměry. Člověk by měl nacházet uspokojení z práce a být přesvědčen, že danou činnost dělá nejlépe, jak umí. (Trachtová, 2001, s.13 - 14)

Je-li obtížné získat jídlo, vodu, bezpečí bude uspokojování těchto potřeb ovládat jednání člověka a vyšší potřeby mají malý význam. Jestliže lze uspokojit základní potřeby snadno, má pak člověk čas a sílu se věnovat se estetickým, intelektuálním zájmům. Uspokojuje pak vyšší potřeby. Jak uvádí R. Atkinson „Umění a věda nekvetou ve společnosti, v nichž lidé musí bojovat o jídlo, úkryt a bezpečí.“ (Atkinson, 2003, s. 471.)

Potřeby bytí – potřeby seberealizace, nalézt sebenaplnění, realizovat vlastní potenciál je nejvyšší motiv, který lze naplnit po uspokojení všech ostatních potřeb. V pojetí humanistických psychologů jsou lidé v zásadě dobří, kteří se snaží o růst a seberealizaci.

Vlastnosti seberealizujících lidí:

- účinněji vnímají realitu a jsou schopni tolerovat nejistotu
- akceptují sebe a druhé lidi takové, jací jsou
- spontánní v myšlení i chování
- zaměření spíše na problém než na sebe
- mají smysl pro humor
- vysoce tvořiví
- odolní vůči vlivu kultury bez účelové nekonvenčnosti
- mají starost o blaho lidstva
- schopní hlubokého uvědomění základních životních zkušeností

- mají hluboké, uspokojující interpersonální vztahy, spíše s několika lidmi než s větším množstvím lidí
- schopni pohlížet na život z objektivního hlediska

(Atkinson, 2003, s. 472.)

Maslowova hierarchie potřeb viz. příloha č. 2

Základní potřeby – nižší potřeby jsou potřeby bezpečí a jistoty a fyziologické potřeby.

Vyšší potřeby – jsou potřeby sounáležitosti a lásky, uznání a sebeúcty, kognitivní a estetické. Nižší a vyšší potřeby jsou potřeby s nedostatkem.

Potřeby seberealizace jsou potřeby bytí, potřeby růstu – meta potřeby.

(Trachtová, 2001, s. 15)

2.1.2 Index potřeb dle A. Murray

Henry A. Murray - americký psycholog, který předložil teorii motivace. Třídí potřeby z různých hledisek. Třídil potřeby na viscerogenní (primární) a psychogenní (sekundární) a dále na potřeby kladné a záporné. (Trachtová, 2001, s. 12)

Rozdělení potřeb dle Murray viz. příloha č. 3, 4.

2.1.3 Humanistický psycholog C. Rogers

C. Rogers je spolu s A. Maslowem americký představitel humanistické psychologie. Rogers předpokládal, že základní silou, která člověka motivuje je tendence k seberealizaci - tendence k uplatnění nebo realizaci všech možností. Rogers nepopíral existenci dalších potřeb především těch biologických, ale klade je do podřízenosti motivaci organismu, která je zaměřena na vlastní zdokonalení a růst. Základní silou, která motivuje organismus, je tendence k aktualizaci – tendence k uplatnění a naplnění všech svých možností. (Atkinson, 2003, s. 468)

2.1.4 Charakteristika potřeb dle Chloubové

Chloubová, která vychází z humanistického přístupu a hierarchie potřeb dle Maslowa, charakterizuje potřeby člověka, jako stav organismu řízený napětím a dynamickou silou, které vznikají z nedostatku či přebytku a směřují k obnovení homeostázy – životní pohody, rovnováhy. Potřeby jsou motivační silou vedoucí k udržení homeostázy uvnitř organismu, ale i mezi organismem a prostředím.

Zlepšují orientaci v prostředí a adaptaci člověka na změny a zároveň umožňují prostředí měnit.

(Chloubová, Osobní rádce zdravotní sestry. 2003, s.1-3.)

Chloubová vychází ve své teorii z Maslowa, kterou aplikovala na problematiku lidských potřeb v ošetrovatelství na **Domu životních potřeb.**

Chloubová vychází z myšlenky, že každý člověk si staví svůj Dům životních potřeb. Aby dům dobře stál, musí mít dobrý, pevný základ uspokojených funkčních tělesných potřeb.

Viz. příloha č. 5 Dům životních potřeb

Tělesné - fyziologické potřeby: potřeba dýchání, kardiovaskulární funkce, hydratace, výživa, vyprazdňování stolice, moče, tělesná duševní aktivita, spánek a odpočinek, teplo, pohodlí – být bez bolesti, očista a hygiena, sexuální a mateřské potřeby – jsou nejzákladnějšími potřebami a tvoří základ domu – základ existenci zdravého člověka.

Zdraví lidé nevěnují pozornost fyziologickým potřebám. Považují je za samozřejmost. Tělesné zdraví není cílem, ale prostředkem a cestou k vyšším životním hodnotám. Čím více není tělesných potřeb saturováno, tím více je zdravotní stav nemocného vážně ohrožen.

(Chloubová, H. Osobní rádce zdravotní sestry. 2004, s. 2-3)

Psychosociální potřeby: mají pro člověka velkou hodnotu. Můžeme je nazvat životními hodnotami, přáními, životními cíli.

Psychosociální potřeby člověka jsou mnohem složitější, protože vznikají adaptací na prostředí, jsou velmi individuální, jsou závislé na individuálních osobnostních, genetických či rasových předpokladech, ale také na sociálním prostředí a okolnostech, které umožňují socializaci člověka. Psychosociální potřeby ovlivňuje výchova, vzdělání, kultura, náboženství, politické uspořádání, materiální možnosti atd.

Potřeby existenciální umožňují orientaci a adaptaci v novém prostředí. Pro nemocného mají zcela zásadní význam, protože souvisejí s jeho existencí.

(Chloubová, H. Osobní rádce sestry. 2004, s.3-5)

2.2 Vyšší psychosociální potřeby

Uspokojí-li člověk základní potřeby (existenciální tělesné a psychosociální) uspokojuje vyšší potřeby. Vyšší psychosociální potřeby jsou závislé na přírodních a materiálních podmínkách a jsou společensky, kulturně, nábožensky a historicky podmíněné. (Chloubová, H. Osobní rádce zdravotní sestry. 2003, s. 7)

Potřeba lásky a sounáležitosti (vztahové, afiliační, sociální)

Maslow charakterizuje tyto potřeby člověka jako někam a někomu patřit, být milován a milovat. Mít své místo v rodině, láskyplné vztahy v širším příbuzenstvu.

(Seifertová, D. Saturace vyšších psychosociálních potřeb u hemodialyzovaných pacientů. 2004/2005, s 34.)

Chloubová charakterizuje tyto potřeby člověka, jako touhu po lásce, vztahu a přátelství. Člověk chce někam patřit, mít své kořeny, touží někomu pomáhat, starat se o někoho. Člověk také touží, aby někdo pomáhal jemu. Je součástí různých sociálních skupin – rodiny, partnerství - charakterizovaných vztahy, komunikací, integrací, důvěrou, láskou a sounáležitostí, přátelství, péčí o druhé, submisí a dominancí.

(Chloubová, H. Osobní rádce zdravotní sestry. 2004, s .2)

Láska a sounáležitost

Láska je přirozená pro člověka. Láska je emoční pouto k vlastnímu bytí a sounáležitost s bytostmi, které miluje. Důležitá je důvěra, porozumění schopnost obětovat se pro druhé. Láska je nejsilnějším emočním stavem, nedá se změřit, je zcela subjektivní. Za důležité znaky lásky se považují: přijetí druhého, potřeba blízkosti, identity s druhým, mít ho jen pro sebe, poskytovat oporu, ochranu, něžnost, chápat ho a odpouštět aj.

Potřeba lásky je velkou životní hodnotou, je to cesta k radosti, štěstí a zdraví.

Lásku dělíme podle toho, na čem je založena:

„Éros“ je erotická láska založená, na citově – sexuálním vztahu. Je to láska milenecká, manželská, romantická.... V těchto vztazích hraje důležitou roli nejen sexuální vášeň, ale především emoční vřelost, intimita, oddanost, věrnost.

„Fília“ je láska mezi rodiči a dětmi. Především láska mateřská, otcovská, bratrská, sesterská.

„Agape“ je láska založena na vztahu mezi bližními. Křesťanská, sousedská.

„Přátelská“ je založena na přátelství.

(Chloubová, H. Osobní rádce zdravotní sestry. 2004, s .5)

Potřeba sebepojetí a sebeúcty- self („Já“)

Osobnost člověka – jeho „Já“ tvoří základ naší osobnosti. Je součástí sebepojetí. To co si o sobě myslíme, jak se hodnotíme, jaké máme sebevědomí se odráží v komunikaci ostatními lidmi. Promítá se do našeho chování, vztahů. Sebeпоjetí je naše vize o tom, kdo jsme a kam chceme a kam směřujeme. Je to vnímání naše sebe sama, našich silných a slabých stránek a kam kráčíme a jaké je naše ideální já.

(Karllová, L. Sebeпоjetí u žen před plastickou estetickou operací. 2005/2006, s. 18)

Maslow charakterizuje tyto vyšší psychosociální potřeby, jako potřebu úspěchu, prestiže, potřebu být druhými vážen, ceněn. Rozlišuje dva základní typy:

- úctu k sobě samému (pohled na vlastní důstojnost, přání, důvěra, úspěch, nezávislost).
- úcta (váženost) od druhých (týkající se renomé – prestiže, uznání, reputace, postavení, ocenění a přijetí)

(Atkinson, R., Psychologie. 2003, s. 471)

Rogers charakterizuje sebepojetí – self ve dvou rovinách:

Reálné „Já“ odráží to, jak se vidím, hodnotím, to co jsem, co dokážu.

Ideální „Já“ znamená individuální názor a představu o tom, co je správné a žádoucí, jaký by člověk chtěl být.

Čím blíže je podle Rogerse ideální „Já“ k reálnému „Já“ tím je člověk spokojenější a šťastnější.

(Atkinson, R. Psychologie. 2003, s. 468)

Chloubová do potřeby sebepojetí zahrnuje myšlenky, vjemy, hodnoty a pocity, které charakterizují „Já“ vědomí toho, kdo a co jsem a co dokážu a kam kráčím. Každá zkušenost je hodnocena ve vztahu k sebepojetí. Člověk se chová v souladu se svým obrazem, chce mít úspěch, neudělat ostudu, být první, pochopit sebe a své postavení ve společnosti a ve světě. Chce si zachovat autonomii- svobodu,

důstojnost, intimitu mít vlastní identitu - jedinečnost - je to cesta k seberealizaci a sebeaktualizaci.

Sebepojetí zahrnuje složky, které se nedají oddělit:

kognitivní - poznávací : sebepoznání, sebehodnocení

emocionální – prožívání: sebeúcta, sebevědomí, svědomí

konativní – usilující: sebedůvěra, sebejistota

nevědomá: nepoznaná složka osobnosti

(Chloubová, H. Osobní rádce zdravotní sestry. 2004, s. 1-8)

Neuspokojení neboli frustrace potřeb vzniká porušením vnitřní nebo vnější rovnováhy. Neuspokojená potřeba se signalizuje subjektivními pocity. U tělesných potřeb jsou to pocity jasné, specifické pro každou tělesnou potřebu. Tělesné potřeby jsou fyziologické a souvisí s fyziologickými pudy, reakcemi a funkcemi.

Frustrace psychosociálních potřeb je daleko složitější, protože pocit strachu, úzkosti, bolesti, hněvu, nejistoty, bezmoci, studu, trapnosti jsou pocity neurčité, obtížně sdělitelné, často doprovází několik potřeb najednou.

Pro projevy frustrace je typické maladaptivní či neadaptivní chování.

(Chloubová, H. Osobní rádce zdravotní sestry. 2003, s. 3-5)

3 Sebepojetí - důstojnost pacienta

S pojmem důstojnost souvisí pojem hodnota života. Jak uvádí Rotter „Člověk je jako jediná živá bytost schopen o sobě přemýšlet, být svým pánem a určovat svůj vlastní život. Tato schopnost tvoří také jeho důstojnost. Není proto přípustné disponovat jiným člověkem jako nějakou věcí a používat ho jako prostředku pro cizí cíle. On sám má právo o sobě rozhodovat“. (Rotter, H., Důstojnost lidského života. 1999, s. 25)

3.1 Důstojnost člověka a nemocného

S pojmem důstojnost souvisí tři pojmy: úcta, autonomie a participace.

Úctou k sobě samému ukazujeme, nakolik si ceníme sebe sama, úctou k ostatním vyjadřujeme, jakou hodnotu vidíme v nich. Zničit sebeúctu druhého člověka je velmi snadné, ale umět s druhým zacházet s úctou je v praxi obtížnější než se může zdát.

Autonomie je schopnost řídit, zvládat a ovlivňovat způsob každodenního života, podle vlastních pravidel a představ.

Participace je pocit smysluplnosti a participace v životě určité komunity.

(Kalvach, Z., Respektování lidské důstojnosti., 2004. s. 18-21)

3.2 Faktory ovlivňující sebekoncepci a sebepojetí

1. fyziologicko – biologické - věk

- zdravotní stav
- tělesný vzhled
- stupeň soběstačnosti
- adaptační mechanismy
- způsoby zvládání stresových situací

2. psychicko- duchovní

- integrita osobnosti
- typologie osobnosti
- emocionální vztahy – láska, sounáležitost

- schopnosti, intelekt
- hodnotový systém
- očekávané a životní hodnoty

- 3. sociálně – kulturní
 - socializace
 - vztahy v rodině
 - postavení v zaměstnání, ve společnosti, rodině
 - sociální role - plnění
- 4. životního prostředí
 - geografické podmínky
 - město – venkov
 - industrializace
 - duchovní a kulturní prostředí

Lidé, kteří nemají zdravé sebevědomí, nejsou schopní žít zcela naplno a být šťastní. Je – li narušena sebekoncepce člověk má pocit bezcennosti, beznaděje, jsou nespokojeni sami se sebou. Sestra, která má problémy sama se sebou a vztahem k sobě samé má problémy s uspokojováním potřeb nemocného.

(Trachtová, E., Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 2001, s. 154-156)

3.3 Důstojnost nemocného na ARO, JIP

Nemocný na ARO či JIP odděleních je nemocný nejen „ne – mocný“, ale především „bez – mocný“, jak kdysi vyjádřili naši jazykovědci Palacký a Jungman. Změnou zdravotního stavu, stavu vědomí, vyšetřovací metody, způsob léčby zejména chirurgické metody zasahují velmi výrazně do sebepojetí nemocného. Člověk se sníženou mírou vědomí dochází ke změně vnímání sebe sama. Nemocný vnímá sebe přes své blízké a pečující personál sester, lékařů, sanitářů atd. Nemocný v bezvědomí není schopen reálně rozhodovat a kontrolovat svůj život. To by za něj měla dělat jeho rodina a především zdravotníci. Ztratit důstojnost může nemocný v bezvědomí ztratit velmi snadno. Nemocný v bezvědomí neverbalizuje své přání, ani potřeby a nerozhoduje o sobě. Nemocný v bezvědomí není zdravotníkům rovnocenným partnerem v komunikaci, nemůže se bránit a rozhodovat sám o sobě. Proto se může velmi snadno stát, že pacient v bezvědomí se stává pro zdravotníky předmětem jeho výkonu práce a „moci“.

3.4 Důstojnost nemocného při hygienické péči na oddělení ARO, JIP

Hygienická péče je nedílnou součástí každodenní ošetrovatelské péče nemocného na ARO, JIP. Ošetřující sestra by měla vždy mít na paměti, že vstupuje do intimní zóny nemocného. Každý člověk má jiné zvyklosti při uspokojování této fyziologické potřeby, záleží na schopnosti sestry vcítit se do pocitů svého nemocného. Během pedagogické přípravy sestry velmi podrobně probírají a nacvičují postup provádění hygienické péče. U nemocných v bezvědomí je hygiena prováděna na lůžku. Myslím si, že všechny sestry ví, jaký by měl být postup hygienické péče, ale neznají její význam v prevenci vzniku dekubitů a dalších komplikací imobilizačního syndromu. Realita versus školní podmínky je často velmi odlišná. Odhalený nemocný, který čeká, až sestra bude mít čas dokončit hygienu. Studená voda, koupání zpravidla ráno ačkoli byl třeba zvyklý se nemocný koupat večer. Provádění hygieny v ranních hodinách, kdy na oddělení je ráno nejvíce pohybu, hluku, chladné prostředí.

Provádění hygienické péče je pro mnoho zdravotníků rutinou a zvykem. Rutina a zvyk na prostředí i na vykonávanou práci je otupující. (Kalvach,Z., Respektování lidské důstojnosti. 2004 s.33)

Především sestra by se měla řídit ošetrovatelskou etikou. Do které zahrnujeme: především vztah, postoje sestry k pacientovi, ty se projevují jako slovní, dotykový i mimoslovní výraz, v podobě gest, posunků při všech odborných výkonech. Kolegiální vztah jedné sestry k druhé. Také vztah k dalším spolupracovníkům. Tyto interpersonální vztahy mají vliv na atmosféru, která panuje na oddělení. Atmosféra plná důvěry, spokojenosti a pohody ovlivňuje vnímání nemocného přispívá především k saturaci potřeby bezpečí a jistoty, ale také k pocitu jsem zde člověkem, partnerem.

Velký okruh problémů ošetrovatelství souvisí s tím, že morální přístup není vždy jednoznačný. Hledá-li sestra blaho a prospěch nemocného často zjišťuje, že zájem a cíl rodiny nemocného je jiný. (Fišerová, J., Etika v ošetrovatelství 1996. s., 7-9.)

3.5 Důstojnost nemocného při umírání

Moderní medicína je mocná. Dnes můžeme zachránit, či prodloužit život

nemocným, kterým ještě před půl stoletím čekal nevyhnutelný konec. (Haškovcová, Thanatologie. Nauka o umírání a smrti. Praha: Galén 2007 s. 19.)

Tváří v tvář s nevléčitelně nemocným a umírajícím zdravotníci poznávají, že i medicína má své limity, a hledají způsob, jak uspokojit potřeby umírajících.

Je nezbytné sladit osvědčené a staré formy přístupu k nevléčitelně nemocným a umírajícím s pojetím moderní medicíny, nebo jak obohatit medicínu o prvky soucitné péče. v níž má nezastupitelnou moc vlídné slovo, laskavé povzbuzení a projev osobní účasti.

Život člověka je podmíněn smrtí a smrt je podmínkou života. Dříve lidé věděli jak vypadá umírání. Lidé umíraly doma v přítomnosti svých blízkých, kteří prováděli základní ošetrovatelské úkony. S fenoménem tabuizované smrti se setkáváme především v našem století. Smrt je vnímána jako prohra, selhání techniky, zdravotníků. Zdravotníci by měli zvládnout roli profesionálního i laického doprovodu. Jak uvádí Haškovcová: „Měli bychom se chovat skutečně jako smrtelníci, kteří vědí, že smrt je jediná jistota v nejistém světě.“ (Haškovcová, Thanatologie, 2007, s. 22)

Dystanázie - zadržaná smrt je nepříjemným, ale logickým důsledkem uplatňování postupů vítězné medicíny v situacích, kdy potřeby umírajícího vyžaduje paliativní přístup. (Haškovcová, Thanatologie, 2007, s. 23)

Umírání na jednotkách ARO, JIP, kde jsou nemocní velmi často v bezvědomí a úmrtnost na těchto odděleních je velmi vysoká, je náročné pro celý ošetřující personál. Často se setkávám s pocitem beznaděje a marnosti našeho počínání. Nemocný v bezvědomí si možná zcela neuvědomuje, poslední okamžiky svého života, ale především rodina nemocného často je svědkem posledních okamžiků svého blízkého.

Na jedné straně zdravotníkům ulehčuje fakt, že nemusíme verbálně komunikovat s nemocným a odpovídat na „nepříjemné otázky“. Na straně druhé, chybí zpětná vazba od nemocného. Zdravotníci často komunikují s rodinou umírajícího a snaží se pomáhat zvládnout pro ně těžké období, ale daří se zdravotníkům zvládnout tak obtížnou situaci?

Dvě třetiny lidí dnes umírá ve zdravotnických zařízeních což ostře kontrastuje s přáním občanů zemřít doma. Úsilí všech zainteresovaných osob, by mělo směřovat k tomu, aby byl proces umírání sociálním aktem, v němž se projeví solidarita, úcta. respekt. (Haškovcová, Thanatologie 2007, s. 29)

3.6 Důstojnost nemocného v terminálním stádiu

Terminální stádium končí smrtí člověka. Úmrtí konstatuje vždy lékař. Nejčastěji je konstatována, jako nezvratná zástava srdeční činnosti. Při zvažování odběru orgánů pro potřeby transplantace, se používá kritéria smrti mozku. Na oddělení ARO, JIP je smrt v přímém přenosu díky kontinuální monitoraci fyziologických funkcí. Nemocný leží sám v prostředí, které je cizí, neosobní, plné hluku. V prostředí, kde většina pečujících lidí nechce sama zemřít. Bez přítomnosti svých nejbližších. Většina lidí má strach s bolesti a osamocení. Je schopen zdravotník se přiblížit k umírajícímu, vzít ho za ruku, být s ním do poslední minuty?

Je nezbytné zajisti intimitu, důstojnost zemřelého. Intimitu a důstojnost si zasluhuje nejen zemřelý, tak i další spolupacienti.

Péči o mrtvé tělo provádí sestra. Celá péče o mrtvé tělo by měla mít akt důstojnosti. Měly by se zdravotníci vyhnout všem nevhodným poznámkám, komentářům. Uložit, omýt tělo a upravit, tak jako by to byl jejich blízký člověk. Pokud jsou příbuzní přítomni v nemocnici, anebo doprovází nemocného při umírání do samého konce, měli by mít možnost se zemřelým rozloučit. Nejlépe v místnosti, která je zřízena pro tyto účely, vyzdobena květinami a křížem. Na odděleních ARO, JIP takové místnosti nejsou k dispozici. Mrtvé tělo je ponecháno na lůžku, často mezi dalšími nemocnými, dvě hodiny v igelitovém pytli poté je odvezeno sanitáři na patologické oddělení.

Každý zdravotník přistupuje k umírajícímu podle toho, jak on sám rozumí umírání a smrti. (Haškovcová, Thanatologie, 2007, s. 96 -97)

4 Faktory ovlivňující sebepojetí a důstojnost nemocného

Faktory, které ovlivňují sebepojetí každého člověka můžeme rozdělit na faktory vnitřní, kde hlavní roli hraje rodina do které se člověk rodí a výchova především rodičů. Ontogenetický vývoj člověka ovlivňuje sebepojetí a důstojnost.

Faktory vnější, mezi které patří především socializace, vliv kultury, která člověka obklopuje a ovlivňuje. Náboženská výchova a vliv duchovna ovlivňuje nejen spirituální obzor, ale je také často morální normou, které člověka ovlivňují. Etnické odlišnosti od ostatní společnosti ovlivňují lidi uvnitř etnika, jako etnická skupina ovlivňuje ostatní společnost.

4.1 Teoretická východiska

Otázkou je rozdíl mezi cenou a důstojností. Cenu má to, co jsem schopen vyjádřit ekvivalentem. Věci, které mají cenu mohou použít jako prostředek ke svým cílům. O člověku nemůžeme říci jakou má cenu, kolik stojí. Člověk nemá cenu, nýbrž důstojnost. A co má důstojnost, nikdy nemůže sloužit jako prostředek k dosažení mých cílů. (Vácha, M. Místo, na němž stojíš, je posvátná země s. 95)

Sebepojetí je sociálně psychologický pojem, který vyjadřuje postoje a očekávání, který jedinec chová vůči sobě samému. Vytváří se po celý život již od prenatálního období v sociálních interakcích, jeho důležitými součástmi jsou sociální srovnání a zpětná vazba. Jak zpětná vazba ovlivňuje sebepojetí, rozvíjí roku 1902 C. H. Cooley. Tvrdí, že to, co si myslíme o sobě, formují domněnky o tom, co si o nás myslí druhí. Sebepojetí popisuje jako "zrcadlové já" a na jeho tvorbě se podílí tři složky:

Jak si myslíme, že se druhým jevíme?

Jak si myslíme, že nás druhí posuzují?

Pocit, který v nás vyvolá zhodnocení předchozích dvou představ.

<http://Wikipedia.org/wiki/Sebepojet.17.1.2010>

4.2 Vlivy vnitřní na sebepojetí s důstojnost

Již u dítěte se od začátku projevují osobnostní rysy. Osobnostní charakteristiky, které se vztahují k náladě, nazýváme temperamentem. Klíčem ke zdravému vývoji jedince jsou situace, kdy si dobře odpovídá temperament dítěte a jeho rodinného prostředí. Rané sociální chování, které je závislé na láskyplném prostředí rodičů. První úsměvy rodičům říkají, že je dítě poznává a má je rádo, a povzbuzují je, aby se chovali láskyplně a stále je stimulovali k úsměvu. Sklon dítěte k vyhledávání blízkosti určitých lidí se nazývá připoutání. Prvním člověkem ke kterému se dítě poutá je matka, která přináší pocit bezpečí a jistoty. (Atkinson, R. Psychologie. 2003, s. 87 - 92)

4.2.1 Rodina a výchova

Největší vliv na sebepojetí každého člověka má rodina, do které se jedinec narodí. Nejbližší rodina ovlivňuje dítě ať už pozitivně či negativně. Každý člen rodiny působí na dítě a tak ho ovlivňuje.

Sebevědomí – sebeúcta základ se tvoří u dětí do tří let věku dítěte

Sebevědomí je dáno především:

- nepodmíněnou láskou rodičů
- nepodmíněným pozitivním hodnocením
- kladným postojem k dítěti
- vzájemnou důvěryhodnou interakcí
- vytvářením určitých jistot a řádu
- akceptací dítěte
- saturací potřeby otevřené budoucnosti
- saturací ostatních základních potřeb

Zdravé sebevědomí – sociálně zralý člověk

Sociálně zralý člověk zná:

- své schopnosti i nedostatky
- své možnosti vidí optimisticky – pozitivně
- má reálné ambice a přiměřené cíle přistupuje k nim zodpovědně

(Přednáška Chloubová, H., 25. 11. 2009, UTPO 1. LF. UK)

Malé dítě si hledá svoji pozici už v rodině, poté v mateřské školce, ve škole v celé společnosti. Probíhá socializace. Matějček uvádí pět vitálních potřeb, které musejí být uspokojovány pro zdravý vývoj osobnosti.

Je to :

1. potřeba podnětů – potřeba určitého množství, proměnlivosti a kvality vnějších podnětů. Její uspokojení umožňuje naladit organismus na žádoucí úroveň aktivity.
2. potřeba řádu - potřeba určité stálosti, řádu a smyslu v podnětech. Uspokojení této potřeby umožní, aby se z podnětů, které jsou chaotické a nepracovatelné, staly poznatky, zkušenosti a pracovní strategie. Jde o základní podmínku pro učení.
3. emoční vztahy – potřeba prvotních emocionálních a sociálních vztahů především k matce a dalším lidem. Uspokojení této potřeby přináší pocit jistoty a stability.
4. potřeba společenského uplatnění a společenské hodnoty- uspokojení vychází z zdravé uvědomění si vlastního já, vlastní identity.
5. potřeba perspektivy – její uspokojení dává lidskému životu časové rozpětí a podněcuje a udržuje v člověku životní aktivitu.

(Čechová, V. a kol. Speciální psychologie 22-23)

4.2.2 Fyziologické vlivy ontogeneze – puberta

Dalším výrazným mezníkem v životě dítěte nastává především v období puberty, kdy se do popředí dostává rozpor v myšlení mezi reálným já a ideálním já, vlastní sebepojetí a vlastní zkušenost.

V prepubertě, pubertě a adolescenci hraje velkou roli především změny v oblasti:

- změny v oblasti tělesného zjevu
- vývoj druhotných pohlavních znaků – identifikace s pohlavím
- vrozené schopnosti – družnost, temperament. IQ
- změny hormonální – zhoršená autoregulace
- model určité sociální role – předseda třídy, kapitán družstva
- vlivy zájmových skupin, part, společenství

(Přednáška Chloubová, H., 25. 11. 2009, UTPO 1. LF. UK)

4.2.3 Patologické vlivy - tělesné hendikepy, nemoci

Sebepojetí u nemocných v bezvědomí je narušenou již samotnou poruchou vědomí. Nikdo přesně neví, co nemocný vnímá, jak vnímá své okolí. Moderní vyšetřovací metoda pozitronová emisní tomografie ukáže, jak na tom je mozek a které funkce zůstaly zachovány. (Mladá Fronta Dnes 3. prosince 2009)

Myslím si, že každý člověk se bojí, že ztratí svoji důstojnost a tím utrpí jeho sebepojetí. Je otázkou, jak se má zdravotník chovat aby sebepojetí nemocného nebylo narušeno. Podle výzkumu prováděného u seniorů je důstojná péče taková, která podporuje udržení autonomie a nezávislosti.

Nemocný v bezvědomí ztratil autonomii a nezávislost. Přesto se má zdravotník chovat tak, jako by nemocný plně vnímal. Staří lidé během průzkumu zmiňovali, že zdvořilé a vlídné chování přispívá k pocitu vlastní ceny. Je-li personál odtazitý, neoslovuje nemocné jménem, nepředstaví se, nezaklepe při vstupu do pokoje apod. to vše se projeví na důstojnosti negativně. (Kalvach, Z., Respektování lidské důstojnosti, s. 27)

Sestra přichází k lůžku nemocného, aby podala lék, obsloužila přístroj nebo jen mlčky zapsala funkce nejméně 1krát za hodinu. Jak často a zda vůbec promluví na nemocného? Pozdraví vždy nemocného? Oslovuje ho? Představí se mu? Upozorní ho, vždy dopředu na další činnosti? Neodhaluje nemocného zbytečně? Pohladí ho? Povzbudí ho? Je sestra k němu pozitivně naladěna? Má vlídný tón hlasu? To je jen zlomek toho co může sestra udělat pro nemocného a jeho důstojnost. Nestojí to žádné peníze, jen čas, zájem, empatii, bystrost a určitou vzdělanost sestry. Jaká je realita?

4.3 Vlivy vnější na sebepojetí

Vlivy vnější jsou vlivy okolí, které působí na každého člověka. Vliv celé společnosti, kultury, náboženské svobody vyznání, etnického příslušenství k určitému etniku ovlivňuje vědomě či nevědomě sebepojetí člověka již od narození.

4.3.1 Vliv socializace

Vlivy vnější, které na každého z nás působí již od narození, si sám člověk nemůže vybrat. Dobré rodinné prostředí je základem úspěšné socializace. Socializace člověka, zařazení do společnosti je proces, který má zásadní význam pro další vývoj člověka. Postavení člověka v zaměstnání, společnosti, v rodině, spokojenost či nespokojenost s plněním rolí jsou sociálně kulturním faktorem, který má význam na sebekoncepci a sebepojetí. (Trachtová, 2001, s. 154-156)

4.3.2 Vlivy kultury

Kultura z latinského *colere* znamená pěstovat. Do kultury dnes patří literatura, umění, hudba, věda a filosofie. Pojem kultura užívá antropologie i sociologie, kde má široký význam. V pojmu kultura nesmí chybět oblečení, jídelní zvyky, dějiny, umění, dětské hry, hospodářství, literatura a politika a soukromí. Kultura zahrnuje vše, s čím se člověk nerodí, ale

- co se musí naučit, aby se stal platným členem společnosti
- co sám většinou nevytváří, nýbrž přejímá od starších
- co je spíše kolektivním a obvykle anonymním, nastřádaným dílem předchozích generací
- o co se musí lidé starat a pečovat
- co dané společenství spojuje a odlišuje od ostatních.

Kultura je prostředí kolem nás. Kultura ovlivňuje každého člověka již od narození. Prvotní vliv je jistě už v rodině, která formuje každého člověka. Kultura každé rodiny je odlišná. Nejen proto, je sebepojetí každého člověka je zcela individuální. Malé dítě si hledá svoji pozici už v rodině, poté v mateřské školce, ve škole v celé společnosti. Probíhá socializace. (<http://cs.wikipedia.Org/wiki/Kultura>)

4.3.3 Vlivy duchovní a náboženského vyznání

Náboženské vyznání ovlivňuje sebepojetí - důstojnost člověka. Celé 20. století provází proces sekularizace = odklon od náboženství. Sekularizace je lhostejnost k metafyzickým problémům označovaný též jako ateismus, který je typický pro rozvinuté konzumní společnosti. Podle odhadů vyznává křesťanství asi 2,1 miliardy lidí, islám 1,5 miliardy lidí, hinduismus 900 mil., buddhismus 376 mil.,

statistiky mohou být nepřesné jednak z důvodu prolínání jednotlivých náboženství, nebo nesvobodného politického prostředí. Asi 1 miliarda lidí uvádí, že jsou bez víry.

Sestra se setkává s různým náboženským vyznáním a svých nemocných, proto by měla mít alespoň základní znalosti o různých vyznání. Celá Evropa je postavena na křesťanských základech.

Křesťanství je náboženství monoteistické, které je soustředěno kolem života a učení Ježíše z Nazareta. Křesťanství vzniklo z židovství na území Palestiny. Počátky křesťanství zachycuje Nový zákon, který spolu se starým zákonem tvoří Bibli. Křesťané chápou smrt, jako něco dalšího čím se můžou přiblížit k bohu, neboť křesťan věří ve vzkříšení.

Bible neboli Písmo svaté je zdrojem učení a života. Mojžíšovo Desatero přikázání jest zákon podle kterého má křesťan žít. Což je prakticky nesplnitelné a tak spoléhá na odpuštění a milost. Jádrem a vrcholem křesťanské bohoslužby jest eucharistie- připomínka Večeře Páně, kterou považují za svátost. Svátostí je také svátost křtu, manželství, kněžství, biřmování, smíření a svátost nemocných. Především svátost smíření a nemocných by měla být umožněna udělit nemocným v nemocnicích. Přítomnost kněze u lůžka nemocného by měla být umožněna jakoukoliv dobu.

Druhým nejrozšířenějším náboženství na světě je islám. Je to monoteistické náboženství založené na učení proroka Muhammada. Slovo islám znamená „podrobení se“ stoupenec islámu se nazývá muslim. Základním pramenem islámu je korán. Víra má šest článků :

Víra v jediného boha

Víra v anděly a džiny

Víra ve všechny seslané Knihy

Víra v posly boží

Víra v soudný den

Víra v Osud, dobrý či špatný, že všechno co se děje se děje s vůlí Allaha

Islám stojí na pěti pilířích :

víra v jedinstvo Boží a božské poslání Mohameda

modlitba – salát (pětkrát denně s gubkou v Mekce)

půst (v měsíci Ramadánu od úsvitu do soumraku)

udílení almužny chudým

pouť do Mekky

V islámské společnosti zpravidla neexistuje rasismus, jistá intolerance vůči křesťanům a židům a otevřená nenávisť k ateistům.

Návštěva rodinných příslušníků, kteří se společně modlí i s nemocným je součástí víry. Samozřejmostí je zakryté tělo, zakryté vlasy u ženy, veškeré jídlo, které je nemocnému nabízeno se nesmí dostat do kontaktu s vepřovým masem. (<http://cs.wikipedia.Org/wiki/Krestanství>)

Jistě není povinností sester znát detailně různá specifika jednotlivých náboženství, ale měly by být schopné tolerance. Jak řekl kardinál Špidlík „Já nejdu za pravoslavným, židem, buddhistou a podobně. Já jdu k příteli“. (*Na plovárně s Tomášem Špidlíkem*. ČT2. 6. 8. 2010)

K zamyšlení:

Jedné noci jsem měl zvláštní sen. Šel jsem s Bohem, svým Pánem, po písčitém pobřeží. Před očima mi probíhal film mého života. Byl provázen šlépějemi v písku. Někde byly stopy dvou lidí, jinde pouze jedny. To mě udivilo. V tom období života, když jsem nejvíce trpěl starostmi, pocitem selhání nebo strachem – vždy se objevovaly stopy jen jednoho páru nohou. Obrátil jsem se vyčítavě na Boha s otázkou: „Pane, ty jsi mi slíbil, že vždy půjdeš se mnou. Já mám jen důvěřovat, ale teď vidím, že v době mých nejtěžších zkoušek jsem šel sám. Proč jsi tehdy nebyl se mnou, když jsem tě nejvíce potřeboval?“ Na to mi Bůh odpověděl: „Právě tam, kde vidíš v písku jen jediné šlépěje, tam jsem tě nesl na svých ramenou“.

(Ruml, P. Duchovní služba pro nemocné je součástí celkové péče o pacienta. 2006)

4.3.4 Vlivy etnika

Etnikum z řeckého slova *ethos* tj. lid. Etnikum je pojem kterým označujeme skupinu lidí, kteří mají společný historický původ, rasový typ, jazyk, materiální a duchovní kulturu, mentalitu, tradice a obývají společné území. (<http://cs.wikipedia.Org/wiki/Etnikum>)

V našich zeměpisných šířkách se setkáváme především s romským etnikem. Cikáni s vyznačují především schopností udržet si v cizím a někdy i v nepřátelském prostředí svébytnou identitu. Cikáni zachovávají především kastovní a hodnotové vzorce původní indické kultury. Příslušnost k určité kastě je dána narozením, je neměnná a určuje sociální postavení, místo a způsob života, formy komunikace,

způsob bydlení a obživy, výběr partnera. Normy platné uvnitř cikánské kultury jsou kolektivní a konzervativní. Charakteristikou je především přirozený vztah k dětem. Velká rodina tvoří základ celé komunity. Zdroje jsou využívány společně. Není přípustné, aby někdo hladověl. Podělit se o jídlo a pití je samozřejmost. Přestupky proti cti jsou trestány tvrdě ignorováním, pohrdáním. Největším trestem je vyloučení z rodiny a rodu. Častým rysem je orientace na přítomnost a lhostejnost k budoucnosti. (<http://www.blisty.cz> JANÝR, P. *Cikáni*)

Je-li nemocný romského etnika musí sestra vědět, že návštěvy celé široké rodiny jsou normální. Prožívání všech emocí je otevřené, emotivní bez zábran.

5 Problémy sledování a saturace potřeb u nemocných v bezvědomí zdravotnickým personálem

Hlavním problémem se kterým se v praxi setkávám je, že nemocný v bezvědomí jen velmi obtížně signalizuje zda ošetrovatelská péče plně saturuje potřeby nemocného.

Kvalitní ošetrovatelskou péči nelze poskytovat bez komunikace. Sestra vystupuje v roli komunikátory a edukátorky. Cíl a tok komunikace je změněn, protože nemocný nereaguje a nemluví jako nemocný při plném vědomí. (Kapounová, G. Ošetrovatelství v intenzivní péči, 2007, s. 170)

U nemocných v bezvědomí musí zdravotníci použít formu tzv. pasivní komunikace, kdy komunikace vychází pouze ze strany sestry, která nemocného oslovuje, hovoří na něj během ošetrovatelských výkonů. Jde o komunikaci bez zpětné vazby. (Kapounová, G. Ošetrovatelství v intenzivní péči, 2007, s. 170 - 172)

Sestra musí především mít nejen dobré pozorovací schopnosti, ale řadu zkušeností a profesních dovedností, aby byla schopna rozpoznat změny v prožívání nemocného. Potřebuje, ale také chuť a motiv pracovat, vzdělávat se, mít touhu být lepší v práci, měnit zaběhlé stereotypy. Máme takové sestry? Kolik sester trpí syndromem vyhoření? Mají dostatek motivace, empatie, zájmu o nemocné?

Právě nedostatek zpětné vazby, orientace na instrumentální postupy, závažné zdravotní stavy končící častou smrtí – jsou nejčastější důvody vyhoření sester na ARO, JIP a důvod jejich časté fluktuace.

5.1 Holistický přístup v ošetrovatelském procesu na ARO, JIP

Ošetrovatelská péče uspokojuje tělesné, duševní, sociální a duchovní potřeby pacientů. Hlavní důraz je kladen na podporu a udržení zdraví na ARO, JIP, ale také na důstojné zacházení. Teorie ošetrovatelského procesu pronikla do Evropy z USA jako přístup k ošetrování nemocného. Do České republiky pronikl na plno, až se změnou politického klimatu v roce 1989 - sametovou revolucí.

Ošetrovatelský proces je především aktivní činnost sestry, které sama iniciuje na základě hlubšího poznání svého pacienta, zejména takového, který své potřeby dostatečně nesignalizuje. Pacient musí být chápán holisticky, jako celek na kterého působí řada faktorů, které ovlivňují jeho prožívání nemoci a zdraví. (Jarošová, D. Teorie moderního ošetrovatelství, 2000, s.)

Jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu se vzájemně prolínají a opakují. Ošetrovatelský proces je způsob práce s nemocným. Ošetrovatelský proces se skládá s pěti fází:

zhodnocení nemocného na základě rozhovoru, pozorování, testování, měření. Sestra si pokládá otázku. „Kdo je můj nemocný?“

diagnostika – stanovení ošetrovatelských diagnóz. Sestra si pokládá otázku „Co ho trápí?“

plánování- stanovení krátkodobých a dlouhodobých cílů, navržení péče, která povede k uspokojení potřeb. Sestra si pokládá otázku. „Jak mu mohu pomoci?“

realizace- na základě plánovaných intervencí, které mají pomoci dosáhnout cílů.

hodnocení- objektivně zhodnotit péči. Sestra si klade otázku. „Pomohla jsem mu?“

Pracuje li sestra ošetrovatelským procesem, je to dobrý základ proto, aby byla péče holistická. Je nezbytné všechny fáze ošetrovatelského procesu zakomponovat do teoretického modelu ošetrovatelství.

Koncepční modely ošetrovatelství existují od doby, kdy Florence Nightingale začala prosazovat myšlenky ošetrovatelství. Její pojetí ošetrovatelství není formálním způsobem model. Až skupina Johnson, Reilly a Roy na konferenci pro rozvoji ošetrovatelství (1973), označila různé pohledy na ošetrovatelství jako koncepční modely. Což etablovalo ošetrovatelství jako vědní disciplínu. (Pavlíková, S. Modely ošetrovatelství v koste. 2006, s. 20.)

Koncepční modely ošetrovatelství definují:

- osobu – jako bio-psycho-socio-spirituální bytost, další specifikace je různá, například osoba jako adaptivní systém, behaviorální systém, sebepečující činitel apod.
- prostředí – jako vnitřní struktury a vnější vlivy, včetně členů rodiny, komunity, společnosti a fyzikálního okolí

- zdraví – nejčastěji jako kontinuum (nepřetržitý průběh) id adaptace k maladaptaci, nebo jako dichotomii (dvojitost) behaviorální stálosti a nestálosti, či jako hodnotu, kterou definuje každá kulturní skupina
- ošetřovatelství – ošetřovatelský proces v jednotlivých modelech zdůrazňuje zhodnocení stav jedince, vytyčení cílů a plánů, realizace intervencí a zhodnocení zdravotního stavu jedince, vytyčení cílů a plánů, realizace intervencí a zhodnocení zdravotního stavu jedince po ošetřovatelských intervencích. Obsahová náplň jednotlivých kroků ošetřovatelského procesu se může v jednotlivých modelech lišit. (Pavlíková, S. Modely ošetřovatelství v kostce, 2006 str. 21)

A, vývojové modely a teorie předpokládají, že lidé mají vnitřní potřebu změny, kterou vyvolávají vnitřní stavy nebo určité podmínky prostředí. Řadí se sem modely autorek Orem, Roper, Wiedenbach.

B, modely a teorie systémů, systémy se dělí na otevřený systém, který se udržuje v neustálém přísunu a odsunu. Všechny živé organizmy jsou otevřené systémy.

Uzavřený systém je izolovaný od svého prostředí. Mezi teorie a modely systémů patří modely autorek Johnson, Roy, King, Neuman.

C, Interakční modely a teorie zdůrazňují sociální děje a vztahy mezi lidmi. Mezi interakční modely patří modely autorek Peplau, Orgando.

D, modely a teorie potřeb, kde funkcí sestry je poskytnout potřebné zásahy a intervence pomoci uspokojit pacientovi potřeby. Autorkami modelů je Henderson, Abdellah.

E, modely a teorie výsledků. Sestra rozhoduje o uspokojování potřeb a hodnotí výsledek. Autorkami modelů je Neuman, King.

F, humanistické modely a teorie vychází s principu humanizmu, respektování lidských práv a práv pacientů. Charakteristickým rysem je empatie, soucit, úcta k člověku, akceptace autonomie a svobody jedince. Autorkami modelů je Nightingale, Henderson, Orem a další.

G, modely a teorie energetických polí zahrnují koncepci energie v kontextu jedince a prostředí. Autorkami modelů je Rogers, Levine, Fitzpatrick

(Pavlíková, S., Modely ošetřovatelství v kostce. 2006, s. 28 -31)

Dalších pět modelů vychází z charakteru ošetřovatelské činnosti ve vztahu k pacientovi.

H, modely intervence- sestra rozhoduje o péči a pracuje s vybranými proměnnými jedince nebo prostředí. Mezi modely intervence patří modely autorek Gordon, King, Abdellah

I, modely a teorie substituce se soustřeďují na poskytování náhrady za schopnosti pacienta. Autorkami modelů jsou Orem, Peplau

J, Modely a teorie konzervace zdůrazňují zachování příznivých aspektů situace pacienta, které jsou ohrožené onemocněním. Autorkami modelů jsou Roper, Levine

K, Modely a teorie podpory se soustřeďují na pomoc nemocnému při jeho vyrovnávání se s poškozením. Autorkami modelů jsou Wiedenbach, Levine, Henderson

L, Modely a teorie posílení se zaměřují na zlepšení kvality života pacienta. Autorkami modelů jsou: Johnson, Roper.

(Pavlíková, S., Modely ošetrovatelství v kostce. 2006, s. 31 – 33)

Modely a teorie ošetrovatelství hledají a ukazují cesty, jak dosáhnout ošetrovatelských cílů. Pomáhají sestrám lépe pochopit souvislosti zjištěných problémů, lépe plánovat ošetrovatelskou péči. Jsou vědeckým předpokladem, aby byl ošetrovatelský proces holistický. (Pavlíková, S. Modely ošetrovatelství v kostce. s. 33)

Každá sestra by měla mít vlastní motivaci a přesvědčení aby péče o pacienty byla holistická. Zda je péče holistická se těžko posuzuje. Zvláště u pacientů v bezvědomí, kteří jsou takřka pasivními příjemci ošetrovatelské péče. Je na morálce každé sestry zda je její péče holistická. Zda si může říci, že její péče je v souladu s etickými kodexy v ošetrovatelství.

Jak uvádí Jarošová: „Etika je věda o mravnosti, morálka je praktické vyjádření etiky. Zdravotnická etika je součástí společenské etiky, ošetrovatelská etika je součástí zdravotnické i společenské etiky. Počátky medicínské a ošetrovatelské etiky sahají do starověku a nejlépe je dokumentuje Hippokratova přísaha. Etika křesťanství je založena na principu milosrdné lásky ve vztahu k trpícímu člověku. Ošetrovatelská etika současné doby je založena na deklaracích a konvencích o lidských právech a vychází ze základních principů bioetiky“. (Jarošová. D., Teorie moderního ošetrovatelství.s.102)

Jak změříme morálku jednotlivých sester? Nezměříme. Morálka se nedá změřit.

5.2 Metody péče s pacienty v bezvědomí

Sestra, která má opravdový zájem o nemocného si jistě pokládá otázku co je pro nemocného nejlepší. Každý zdravotník by se měl řídit citátem: BONUM AEGROTI SUPREMA LEX – DOBRO PACIENTA NEJVYŠŠÍ ZÁKON. Myslím si, že je v podstatě jedno, jaký systém péče o nemocného sestra zvolí. Je důležité, aby péče byla kompletní a saturovala tak potřeby nemocného kompletně. Metody, které uvádím jsou jen malým nahlédnutím do možností péče, kterou má zdravotnický personál.

5.2.1 Bazální stimulace - přístup v péči o pacienty v bezvědomí

Koncept bazální stimulace, podporuje nejzákladnější (bazální) rovinu lidského vnímání. Každý člověk vnímá pomocí smyslů. Smyslové orgány se vyvíjejí již v embryonální fázi a mají od narození až do smrti nenahraditelný význam. Díky schopnosti vnímat jsme se naučili pohybovat, komunikovat a orientovat se v prostředí, které nás obklopuje. Vnímání umožňuje pohyb a komunikace je umožněna díky pohybu a vnímání. Cílenou stimulací uložených vzpomínek lze znovu aktivovat mozkovou činnost a tím podporovat vnímání, komunikaci a hybnost. (Friedlová, K. Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči. 2007, s.22)

Koncept bazální stimulace napomáhá lépe poznat a pochopit pacientovu osobnost. Ošetřující personál je nucen navazovat vztah a komunikaci s pacientem.

Koncept bazální stimulace se především využívá v péči o pacienty, kteří mají změny vnímání a komunikace. Terapeut nabízí pacientovi podněty, pohyby kterými se snaží navázat komunikaci. (Dvořáková, H. Bazální stimulace – základní kurz. 2009)

Cílem je podpořit a umožnit vnímání tak aby docházelo k :

- ke stimulaci vnímání vlastního těla
- k podpoře vlastní identity
- k umožnění vnímání okolního světa
- k umožnění navázání komunikace se svým okolím
- ke zvládnutí orientace v prostoru a čase
- k zlepšení funkcí organismu

Předpokladem kvalitní stimulace získat kvalitní autobiografickou anamnézu, formulovat reálné cíle, sestavit ošetrovatelský plán a kontinuální sledování reakcí na péči.

Nezastupitelnou funkci má integrace rodiny do péče. Právě od příbuzných získává terapeut informace o pacientovi. Získat rodinu pro spolupráci je velmi důležité, protože jejich kontakt s nemocným přináší pacientovy pocit jistoty a stability.

Při odebírání anamnézy se zaměřujeme především na tělesnou péči: jak často a kdy se myje, teplota vody, co k mytí používá, jaké má rituály, holení, péče o zuby, jak často si myje vlasy, manikúra, pedikúra.

Denní harmonogram: kdy stává, jak často sleduje televizi, jakou hudbu poslouchá, oblíbenou knihu, společenské hry.

Jídlo a pití: které chutě upřednostňuje, teplotu jídla, oblíbené pití.

Spánek: zjišťuje optimální teplotu místnosti na spánek, kdy chodí spát, má-li problémy se spánkem, rituály před spánkem.

Povahové rysy: introvert, extrovert, pravák, levák, jací lidé ho mohou navštěvovat. (Friedlová, K. Bazální stimulae v základní ošetrovatelské péči, 2007. s. 131-134)

Dobře odebraná anamnéza je prvním krokem k úspěšné stimulaci, dalším krokem je proškolený, motivovaný a ochotný personál, zapojená nejen rodina, ale i celý zdravotnický tým do terapie.

5.3 Další metody saturace a navázání kontaktu s pacientem

Nejčastější příčinou bezvědomí bývá intrakraniální krvácení, traumatické poškození mozku, těžké pooperační stavy a jiné život ohrožující nemoci. Jak uvádí Marcela Lippertová-Grünerová : „Prognostické posouzení stavu pacienta po těžkém traumatu mozku patří k nejsložitějším lékařským úkolům, ale je pro plánování další terapie nezbytné“. (Grünerová, M. Trauma mozku a jeho rehabilitace, 2009. str.33)

Myslím si, že sestra starající se o nemocného v bezvědomí by měla hledat všechny způsoby, jak navázat kontakt se svým nemocným.

5.3.1 Neurorehabilitace

Kvalita života závisí po ukončení lékařské péče zejména na rychlém zahájení neurorehabilitace.

Celá rehabilitace by měla být založena na pěti principech:

Princip celistvosti- rehabilitace se neorientuje jen na funkční deficity, ale musí obsáhnout celého pacienta. Přesná analýza funkčních deficitů a schopností pacienta a jejich dopad na jeho osobnost a celé sociální zázemí.

Princip včasnosti a dlouhodobosti- rehabilitace musí začít co nejdříve, již v akutní fázi a trvá několik týdnů, měsíců a některých případech celý život.

Princip týmové práce- celé rehabilitační péče je založena na týmové práci. Zapojení všech zdravotníků do celé péče je nezbytné pro kladný průběh.

Princip interdisciplinarity a multidisciplinarity - vzhledem ke komplexnosti funkcí, které jsou při onemocnění CNS narušeny, je nutno vytvořit specializované terapeutické koncepty.

Princip přijetí občanů se zdravotním postižením společností - úspěch rehabilitace závisí v rozhodující míře na tom, zda se zabrání sociální izolaci občanů se zdravotním postižením a do jaké míry se je podaří znovu zařadit do společnosti. (Grünerová, M. Trauma mozku a jeho rehabilitace, 2009. s. 35)

Hlavní terapeutické disciplíny včasné neurorehabilitace:

Fyzioterapie

Ergoterapie

Logopedie

Neuropsychologie

Včasná neurorehabilitace vyžaduje 3-4 hodiny denně.

Nejdůležitější formy terapie motoriky:

Bobathova metoda

Proprioceptivní neuromuskulární facilitace

Vojtova metoda

Metoda Roodové

Metoda Brunnstromové

Manuální terapie

Senzomotorická integrace

Opakované cvičení (repetitivní trénink)

5.3.2 Dotek

Dotek patří k základním komunikačním prostředkům člověka. Má velký význam ať už při poznávání vlastního těla, ale také při navazování kontaktů s cizími lidmi. Ruce ošetřujícího jsou nástrojem, který dává nemocnému informace o sobě samém, tak o okolí. Dotek by měl být jasný, cílený, který dává nemocnému pocit důvěry, jistoty a bezpečí.

U nemocných v bezvědomí používáme tzv. INICIÁLNÍ DOTEK. Jde o dotek, kterým informujeme nemocného vždy o naší přítomnosti, o začátku a ukončení činnosti. Zpravidla jde o rameno. Každý dotyk podporujeme verbálně. (volně přeloženo – www.basale-stimulation.at)

5.3.3 Auditivní stimulace

Cílem auditivní stimulace je navázat kontakt s nemocným, zprostředkovat informaci, stimulovat vnímání nemocného aktivizací vzpomínek uložených v paměťových stopách, mobilizovat vzpomínky, posílit pocit jistoty.

Prostředkem pro auditivní stimulaci je řeč: vyprávění rodiny, předčítání oblíbené knihy, denní tisk, reprodukce řeči ze záznamu. Reprodukce oblíbené hudby. Vždy je nutná úzká spolupráce s rodinou nemocného a dobrá znalost biografické anamnézy. (Friedlová, K. Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči, 2007. s. 116)

5.3.4 Orální stimulace

Ústa jsou nejcitlivější tělesnou zónou. Jsou také velmi intimní zónou. Ústa slouží nejen k příjmu potravy, ke komunikaci, k vnímání chutí, vůní, konzistencí, ke komunikaci, k dýchání, ale také k vnímání požitků.

Během orální stimulace nekombinujeme více než tři chutě. Platí zásada, že nevnikáme do úst násilím. Využíváme biografické anamnézy a vyzveme případně rodinu aby přinesla oblíbené jídlo a tekutiny. Ke stimulaci používáme molitanové štětičky, které namočíme do pokrmu či tekutiny. Drobnými doteky na rty

stimulujeme, poté když nás pustí nemocný do úst, stimulujeme i ústa. Využíváme i tzv. cucací váčky, které jsou namočeny do oblíbeného nápoje a jsou vkládány do úst. Váčky musíme dostatečně fixovat, nemocný si pomalu vycucává oblíbený nápoj, jídlo. (Friedlová, K. Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči, 2007. s. 123)

5.3.5 Zapojení rodiny

Bez zapojení rodiny do ošetrovatelského procesu je kvalitní péče velice obtížná. Nemocní v bezvědomí nám nemohou podat slovní odpověď na naše kladené otázky a tak anamnézu často sbíráme jen pomocí pozorování a měřících technik.

Dobře fungující rodina, kterou ošetřující sestra vtáhne a vhodně zapojí do péče, je to nejlepší co pro nemocného může udělat. Abychom navázaly kontakt s nemocným a mohly tak saturovat jeho potřeby, musíme ho blíže poznat. Rodina, přátelé zpravidla vědí o svém blízkém nejvíce a tak by měly být zdrojem informací. Zapojená rodina do ošetrovatelské péče je dobrým předpokladem pro úspěšnou spolupráci.

5.3.6 Duchovní péče

Péče o spirituální potřeby nemocného by neměly být nikdy opomenuty. Zpravidla do všech nemocnic v ČR dochází katolický kněz, který poskytuje duchovní péči. Uděluje svátost nemocných, umožní zpovědní službu, nabízí útěchu a porozumění ať už pro samotné nemocné či jejich blízké. Nabízí zdravotníci aktivně možnost duchovní návštěvy svým nemocným? Zajímají se, zda je nemocný věřící? Jakou víru vyznává? Umožňují nechat náboženské symboly v blízkosti nemocného? Nezesměšňují víru? Je mnoho otázek a mnoho odpovědí. Každý zdravotník by si měl tyto otázky položit a pravdivě si na ně odpovědět. Přiznat si své nedostatky je cestou k jejich nápravě.

Empirická část

6 Empirický výzkum

6.1 Cíle a hypotézy výzkumu

V diplomové práci se snažíme o popsání potřeb nemocných na ARO, JIP, především vyšších psychosociálních potřeb. Snažíme se o širší pohled na osobnost nemocného, soustředíme se více na vlivy kulturní, náboženské, etnické, které ovlivňují sebepojetí nemocného. Nemocný v bezvědomí ztrácí schopnost rozhodovat sám o sobě, proto saturace potřeb psychosociálních je často velmi opomíjena.

Cílem práce bylo především zjistit úroveň teoretických znalostí zdravotních sester a úroveň saturace vyšších psychosociálních potřeb nemocného, zaměřených na důstojnost nemocného. Cílem práce bylo zmapovat, zda zdravotníci zachovávají a respektují důstojnost nemocného při ošetrovatelských výkonech, především při hygienické péči a v péči o nemocného v terminálním stádiu a při umírání. Zabývala jsem se problematikou jinakosti etnického, kulturního prostředí a odlišností vyznání a vliv na ošetrovatelskou péči.

6.1.1 Cíle empirického výzkumu

1. Zjistit úroveň znalosti sester v oblasti potřeb člověka se zaměřením na vyšší psychosociální potřeby

Úkoly:

Zjistí, délku praxe a stupeň nejvyššího dosaženého vzdělání sester

Zjistí, zda sestry umí diagnostikovat vyšší psychosociální potřeby

Zjistí, zda sestry v rámci celoživotního vzdělání absolvují semináře zaměřené na saturaci potřeb člověka

2. Zjistit jakým způsobem sestry saturují potřebu důstojnosti na ARO, JIP

Úkoly:

Zjistí, jak sestry zachovávají důstojnost pacienta při terapeutických činnostech

Zjistí, zda sestry zachovávají důstojnost pacienta při:

- hygienické péči

- při umírání
- v terminálním stádiu

Zjistí, zda je ošetrovatelský proces holistický

Zjistí, zda vedoucí pracovníci hodnotí práci sester s ohledem na vyšší psychosociální potřeby

Zjistí, zda koncept bazální stimulace napomáhá saturovat psychosociální potřeby

3. Zjistit zda sestry respektují důstojnost člověka, spolupracují s rodinou nemocného i jiného etnika, kultury, náboženství na ARO, JIP

Úkoly:

Zjistí, zda sestry spolupracují a komunikují s rodinou

Zjistí, zda sestry zapojují rodinu do ošetrovatelského procesu

Zjistí, zda sestry nabízejí návštěvu duchovního

6.1.2 Hypotézy

Hypotéza číslo 1.

Myslím si, že sestry středoškolského vzdělání nemají dostatek teoretických informací v oblasti potřeb člověka a tudíž velmi zřídka diagnostikují a saturují psychosociální potřeby pacientů na ARO, JIP.

Hypotéza číslo 2.

Domnívám se, že zachování důstojnosti u pacienta v bezvědomí je nedostačující především v oblasti hygienické péče, péče o pacienta v terminálním stádiu, v péči o umírajícího pacienta.

Hypotéza číslo 3.

Na základě vlastních zkušeností se domnívám, že sestry nedostatečně zapojují rodinu do ošetrovatelského procesu, nerespektují kulturní, etnické a náboženské odlišnosti a nenabízejí návštěvu duchovního a nerespektují odlišnost vyznání.

6.2 Metody výzkumu

K zjištění stanovených cílů a hypotéz jsem zvolila dotazníkovou metodu. Dotazník jako hlavní metoda šetření obsahoval 20 otázek určených pro sestry pracující na ARO, JIP. Dotazníkovou metodu jsem doplnila metodou - pozorováním ošetrovatelské péče několika náhodně vybraných sester.

6.2.1 Dotazníková metoda

Dotazník můžeme formulovat jako výzkumný, vývojový a vyhodnocovací. Dotazník umožní získat rychlá a hromadná data a informace, které slouží ke kvantitativnímu výzkumu. Pomocí dotazníkové metody získáváme informace, znalosti, názory a postoje respondentů k aktuálním či potencionálním skutečnostem písemnou formou. Dotazníková metoda nevyžaduje přímý kontakt výzkumníka s respondenty. Respondenti mohou vyplňovat dotazník anonymě, v práci či ve své volné chvíli. Nemusí se obávat, zda odpovídají správně či ne.

Dotazník jsem koncipovala především k cílům diplomové práce. Obsahoval 20 otázek viz. příloha č. 6. Dotazník jsem rozdělila na několik oblastí. Otázky 1 - 3 zjišťují identifikační znaky respondentů. Otázky 4 – 20 se vztahují k cílům a hypotézám. Otázky č. 1, č. 2, č. 3, č. 4, č. 5, č. 13, č. 16, č. 18 jsou otázky uzavřené vyžadující přímou odpověď. Otázky č. 6, č. 7, č. 10, č. 14, č. 19, č. 20, jsou otevřené, kde respondenti odpovídají podle své vůle a uvážení. Otázky č. 8, č. 9, č. 11, č. 12, č. 15, č. 17 jsou otázky polozavřené, kde respondenti volili s nabízených variant, ale mohli připojit vlastní odpověď.

6.2.2 Předvýzkum

V předvýzkumu jsem rozdala dotazník osmy sestrám. Z výsledků tohoto předvýzkumu vyplynulo, že některé otázky musí být předělány a některé otázky se ukázaly jako málo přínosné pro cíle práce. v dotazníku jsem změnila otázky č. 6, č. 7, č. 10, č. 14, č. 15, č. 19. Do dotazníku jsem přidala dvě otázky č. 17, a otázku č. 20. Dotazníkovou metodu jsem doplnila metodou pozorování práce sester, jejich chování k nemocnému a jeho rodině.

Pro tento výzkum jsme použily tyto metody:

1. dotazníková metoda – hlavní metoda

2. pozorování sester - vedlejší metoda

6.2.3 Pozorování sester při ošetrovatelských výkonech

Další metodou, která doplňuje dotazník je metoda pozorování. Pozorovala jsem náhodně vybrané ošetřující sestry při jednotlivých ošetrovatelských výkonech. Jejich chování k pacientovi, především s důrazem na zachování intimity a důstojnosti nemocného. Sledovala jsem především sestry při hygienické péči u nemocného. Chování sester k rodině nemocného, její zapojení do péče. Kritéria pro hodnocení sester viz. příloha č. 7

6.3 Zpracování získaných dat z dotazníku a pozorování sester při ošetrovatelských výkonech.

Po ukončení sběru dat a jejich písemném zpracování a uložení do počítače, jsem provedla jejich průměrné vyhodnocení. Používám tyto znaky: **ni** = **absolutní četnost**, **fi (%)** = **relativní četnost**. Data jsem zpracovala pomocí tabulkového editoru Microsoft Excel 2007 a Microsoft Word 2007.

6.4 Charakteristika výzkumného vzorku

Pro zjištění cílů diplomové práce jsem provedla dotazníkové šetření ve 3. velkých pražských fakultních nemocnicích. Jména nemocnic záměrně neuvádím kvůli zachování anonymity. Celkem jsem rozdala 220 dotazníků. Dotazníky jsem rozdala na oddělení ARO a JIP – neurochirurgie, chirurgie. Vyplněných dotazníků se mi vrátilo 148, ale 136 jich bylo správně a zcela vyplněno. Celkový počet respondentů je tak 136.

Pozorování jsem prováděla sama, především na ARO oddělení - kde pracuji a kde jsem pozorovala 8 sester. Další pozorování jsem provedla během stáží při studiu, kde jsem pozorovala 4 sestry. Celkem jsem při pozorování sledovala 12 sester. Sestry nebyly seznámeny se skutečností, že jsou objektem mého pozorování, důvodem je především objektivnost výsledků.

6.4.1 Charakteristika respondentů z dotazníkového šetření

Celkový počet respondentů je 136, z toho 122 žen a 14 mužů viz. tab. č. 1. Respondenti pracující různě dlouhou dobu na oddělení ARO, JIP viz. tab. č. 2.

Tabulka č. 1. Charakteristika výzkumného vzorku: Pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů (n=136)	ni	fi (%)
Ženy	122	90
Muži	14	10
Σ	136	100

Tabulka č. 2 - Délka praxe respondentů na ARO, JIP

Délka praxe (n=136)	ni	fi (%)
0 – 2 roky	67	49
3 – 5 let	37	27
6 – 10 let	22	16
11 a více let	10	8
Σ	136	100

7 Výsledky výzkumu a jejich interpretace

7.1 Získané výsledky k hypotéze č. 1

K hypotéze č. 1 se vztahují otázky: č. 3, č. 4, č. 5, č. 6, č. 8, č. 9.

Hypotéza č. 1.

Myslím si, že sestry se středoškolským vzděláním nemají dostatek teoretických informací v oblasti potřeb člověka a tudíž velmi zřídka diagnostikují a stanovují psychosociální potřeby pacientů na ARO, JIP.

Tabulka č. 3 - Nejvyšší dosažené vzdělání sledovaných respondentů ARO, JIP

Dosažené vzdělání (n=136)	ni	fi (%)
SZŠ	32	24
VOŠ	22	16
SIP, ARIP	30	22
Bc.	43	32
Mgr.	9	6
Σ	136	100

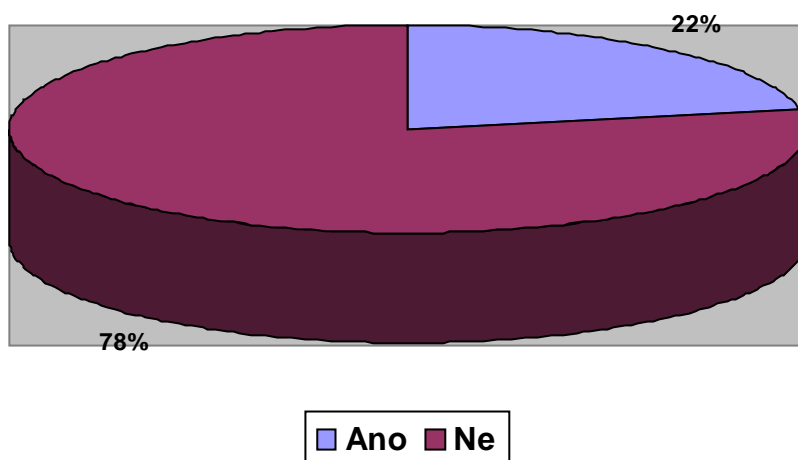
Tabulka č. 4 – Znalosti respondentů o autorství domu hierarchie potřeb.

Autor domu hierarchie potřeb (n=136)	ni	fi (%)
Nesprávná odpověď	100	73
Správná odpověď	36	27
Σ	136	100

Tabulka č. 5 – Úroveň vědomostí respondentů o klasifikaci potřeb

Vyšší psychosociální potřeby (n=136)	ni	fi (%)
Nesprávná odpověď (potřeba bezpečí a jistoty, potřeba zdraví)	82	59
Správná odpověď (potřeba lásky a sounáležitosti)	56	41
Σ	136	100

Graf č. 1 Účast respondentů na seminářích zaměřených na péči o potřeby člověka



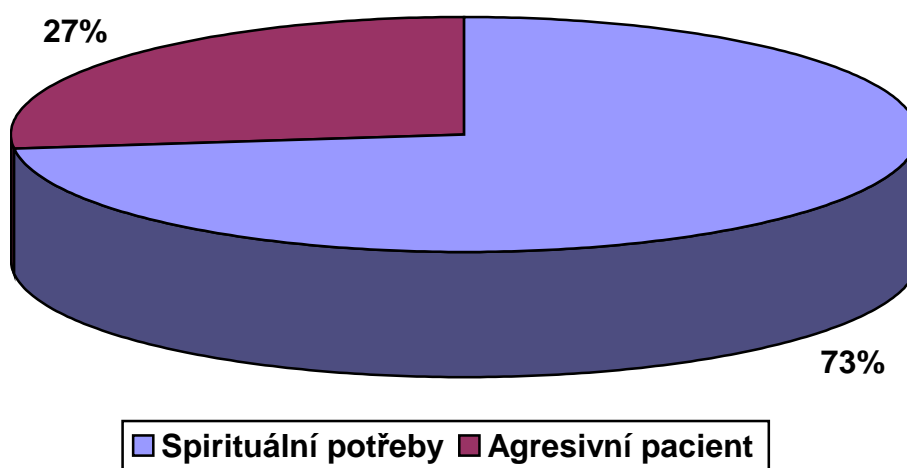
Tabulka č. 6 - Názvy seminářů, které respondenti navštívili.

Názvy seminářů zaměřené na péči o potřeby člověka (n=10)	ni	fi (%)
Bazální stimulace	5	50
Spirituální péče u pacientů na ARO	4	40
Péče o pacienta na UPV	1	10
Σ	10	100

Tabulka č. 7 - Dostatečnost nabídky seminářů o potřebách nemocných

Dostatek nabídek seminářů na téma péče o potřeby člověka (n=136)	ni	fi (%)
Ano	18	13
NE	46	34
Nevím	72	53
Σ	136	100

Graf č. 2 Názvy seminářů, o které je zájem u sledovaných respondentů



Tabulka č. 8 – Náзор respondentů o preferenci saturace potřeb nemocných na ARO, JIP

Saturace potřeb u nemocných na ARO, JIP (n = 136)	ni	fi (%)
Fyziologické potřeby	136	100
Σ	136	100

Tabulka č. 9- Názor respondentů o preferenci a saturaci dalších potřeb nemocných na ARO, JIP

Saturace jiných potřeb (n=70)	ni	fi (%)
Psychologické potřeby	36	51
Spirituální potřeby	12	17
Sociální potřeby	22	32
Σ	70	100

Shrnutí a zhodnocení výsledků k hypotéze č. 1

Cílem hypotézy bylo zjistit úroveň znalosti sester v oblasti potřeb člověka se zaměřením na vyšší psychosociální potřeby.

Úkol: zjistí délku praxe a stupeň nejvyššího dosaženého vzdělání.

Respondentů bylo celkem 136. S toho bylo 122 žen, což je 90%. Mužů bylo 14, což je 10%, s toho vyplývá, že i nadále je sesterské povolání hlavně doménou žen, i když na ARO je počet mužů stále nejvyšší.

Nejvíce byli zastoupeni ve sledovaném vzorku respondenti s praxí do dvou let. Jejich celkový počet byl téměř 50%. Naproti tomu praxe delší jak 11 let udávalo pouze 8% respondentů, viz. tab. č. 2 – což svědčí o fyzické i psychické náročnosti intenzivní péče, kam se sestry nevrací po mateřské dovolené.

Středoškolské vzdělání udávalo jen 32 respondentů, což je 24%. Vysokoškolsky vzdělaných respondentů bylo 38%, nejvíce bakalářů a 6% magister. Ostatní respondenti měli různý druh vyššího vzdělání, viz. tab. č. 3

Úkol: zjistí, zda sestry umí diagnostikovat vyšší psychosociální potřeby.

Pouze 27% respondentů bylo schopno správně určit autora domu hierarchie potřeb. Správně zařadit vyšší psychosociální potřeby umělo 41% respondentů. Ostatní odpovědi nebyly správné, viz. tab. č. 4.

Jenom 22% respondentů uvedlo, že v rámci celoživotního vzdělávání navštívilo semináře zaměřené na péči o potřeby člověka, viz. graf č. 1. Respondenti, kteří navštívili semináře zaměřené na péči o potřeby člověka, byli vyzváni, aby uvedly názvy seminářů. Tuto možnost využilo pouze 10 respondentů, viz. tab. č. 6.

Pouze 13% respondentů si myslí, že je dostatečná nabídka seminářů zaměřených na péči o potřeby člověka. Ostatní respondenti si myslí, že je seminářů málo, viz tab. č. 8.

Jenom 11 respondentů využilo možnosti napsat názvy seminářů, o které by měli zájem a nejvíce z nich mají zájem o spirituální potřeby nemocných, viz. graf č.2

Všichni respondenti se shodli, že především pečují o fyziologické potřeby nemocných. Jen 70 respondentů se domnívá, že pečují i o jiné potřeby nemocných, viz. tab. č. 9.

Hypotéza č. 1 byla potvrzena.

7.2 Získané výsledky k hypotéze č. 2

K hypotéze č. 2 se vztahují otázky č. 7, č. 10, č. 11, č. 12, č. 13, a výsledky pozorování.

Hypotéza číslo 2.

Domnívám se, že zachování důstojnosti u pacienta v bezvědomí je nedostačující především v oblasti hygienické péče, péče o pacienta v terminálním stádiu, v péči o umírajícího pacienta.

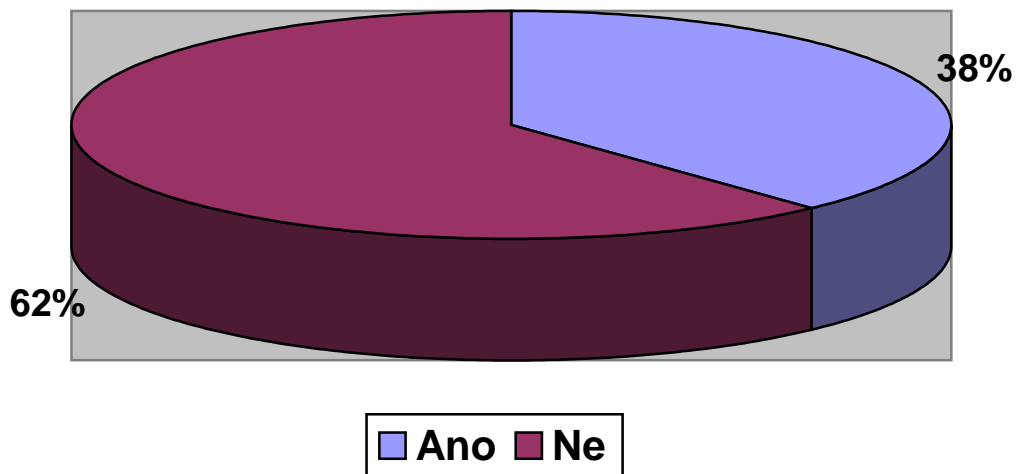
Tabulka č. 10 - Nejčastěji hodnocená oblast práce nadřízeným.

Nejčastěji hodnocená oblast práce nadřízeným (n=136)	ni	fi (%)
Ošetrovatelská dokumentace	60	44
Instrumentální činnosti	36	27
Upravenost pacienta a okolí lůžka	26	19
Spokojenost pacienta a rodiny	14	10
Σ	136	100

Tabulka č. 11 – Výkony při kterých je problém zachovat důstojnost nemocného

Výkony při kterých je problém zachovat důstojnost nemocného (n=145)	ni	fi (%)
Hygienická péče	67	46
Instrumentální činnosti	31	21
Terminální stádium	21	15
Umírání	21	15
Nemá problém při jakékoliv činnosti	5	3
Σ	145	100

Graf č. 3 - Názor sester – „Chcete na vašem oddělení ležet či umírat?“



Tabulka č. 12 - Důvody pro, které si respondenti přejí ležet či umírat na ARO, JIP.

Důvody pro které chtějí respondenti ležet či umírat na ARO, JIP		
Dobrá diagnosticko - terapeutická péče (n=52)	ni	fi (%)
Ano	48	92
Ne	4	8
Σ	52	100

Tabulka č. 13- Důvody pro, které si respondenti přejí ležet či umírat na ARO, JIP.

Důvody pro které chtějí respondenti ležet či umírat na ARO, JIP		
Dobrá saturace tělesných potřeb (n=52)	ni	fi (%)
Ano	45	87
Ne	7	13
Σ	52	100

Tabulka č. 14- Důvody pro, které si respondenti přejí ležet či umírat na ARO, JIP.

Důvody pro které chtějí respondenti ležet či umírat na ARO, JIP		
Dobrá saturace psychosociálních potřeb (n=52)	ni	fi (%)
Ano	39	75
Ne	13	15
Σ	52	100

Tabulka č. 15 - Systém péče s konceptem Bazální stimulace.

Pracujete konceptem bazální stimulace? (n=136)	ni	fi (%)
Ano	80	59
NE	56	41
Σ	136	100

Tabulka č. 16- Náзор respondentů pracujících konceptem BS, zda pozorují zlepšení nemocného.

Pozorujete zlepšení Vašeho nemocného? (n = 80)	ni	fi (%)
Ano	64	80
Ne	16	20
Σ	80	100

Tabulka č. 17- Náзор respondentů zda koncept BS pomáhá saturovat psychosociální potřeby.

Pomáhá koncept bazální stimulace saturovat psychosociální potřeby (n = 136)	ni	fi (%)
Ano	106	78
Ne	30	22
Σ	136	100

Výsledky pozorování sester při provádění ošetrovatelských výkonů

Kritéria pozorování – viz. příloha č. 7.

Tabulka č. 18 - Zachování intimity nemocného při hygienické péči

Zachování intimity nemocného při hygienické péči (n= 12)	ni	fi (%)
Ano, intimita nemocného byla zachována	4	33
Ne, intimita nemocného nebyla zachována	8	67
Σ	12	100

Tabulka č. 19 - Zachování intimity nemocného při polohování

Zachování intimity nemocného při polohování (n = 12)	ni	fi (%)
Ano, intimita nemocného byla zachována	7	58
Ne, intimita nemocného nebyla zachována	5	42
Σ	12	100

Tabulka č. 20 - Slovní a hmatový doprovod sester během ošetrovatelské péče

Slovní a hmatová komunikace sester během ošetrovatelské péče (n = 12)	ni	fi (%)
Ano, sestra vždy komunikovala a dotýkala se nemocného	2	17
Ano, sestra komunikovala s nemocným, ale nedotkla se ho	4	33
Sestra nekomunikovala ani se nedotýkala nemocného	6	50
Σ	12	100

Shrnutí a zhodnocení výsledků k hypotéze č. 2

Cílem hypotézy č. 2 bylo zjistit, jakým způsobem sestry saturují potřebu důstojnosti na ARO, JIP.

Úkol: Zjisti, jak sestry zachovávají důstojnost pacienta při terapeutických činnostech při hygienické péči, při umírání a u pacienta v terminálním stádiu.

Takřka pro polovinu respondentů je hygienická péče oblast, při které mají problém zachovat důstojnost nemocného, viz. tab. č. 11. Pouze pět respondentů uvedlo, že nemá problém zachovat důstojnost nemocného při jakékoliv činnosti. Tento výsledek částečně odpovídá výsledku pozorování, kdy téměř v 70% nebyla zachována intimita nemocného při hygienické péči, viz. tab. č. 18. Z dalších výsledků pozorování sester vyplynulo, že při polohování byla intimita nemocného zachována takřka v 60% viz. tab. č. 19. Pouze dvě sestry komunikovaly s pacientem slovně i hmatově. 4 sestry komunikovaly s nemocným slovně, ale nedoprovázely slovní kontakt dotykem. Velmi zarážející je, že celých 50% pozorovaných sester nekomunikovalo s nemocným ani slovně, ani dotykem.

Přitom více jak 60% respondentů by nechtělo ležet či umírat na oddělení, kde sami pracují. Respondenti, kteří by chtěli ležet či umírat na oddělení, kde pracují, uvedlo jako důvod především dobrou diagnosticko – terapeutickou péči. Dobrá saturace tělesných potřeb je důvod pro 87% respondentů. Dobrá saturace psychosociálních potřeb je důvod, pro 75% respondentů.

Úkol: Zjisti, zda je ošetrovatelský proces holistický.

Nadřazení pracovníci hodnotí nejčastěji především ošetrovatelskou dokumentaci a to skoro u poloviny respondentů. Na druhém místě je to především správné provedení instrumentálních činností. Na třetím místě upravenost pacienta a okolí lůžka, pouze 10% respondentů si myslí, že je také hodnoceno pro spokojenost pacienta a rodiny viz. tab. č.10.

Úkol: Zjisti, zda koncept bazální stimulace napomáhá saturovat psychosociální potřeby.

Více jak polovina respondentů pracuje konceptem bazální stimulace. Respondenti, kteří odpověděli kladně, byli vyzváni, zda pozorují zlepšení nemocného. Celkem 80% respondentů pozorují zlepšení stavu nemocného. Ostatní respondenti nepozorují zlepšení nemocného. Skoro 80% respondentů si myslí, že koncept bazální stimulace napomáhá saturaci psychosociálních potřeb. Zbytek respondentů si myslí, že nenapomáhá k saturaci psychosociálních potřeb.

Hypotéza č. 2 byla potvrzena.

7.3 Získané výsledky k hypotéze č. 3

K hypotéze č. 3 se vztahují otázky č. 14, č. 15, č. 16, č. 17, č. 18, č. 19, č. 20

Hypotéza číslo 3.

Na základě vlastních zkušeností se domnívám, že sestry nedostatečně zapojují rodinu do ošetrovatelského procesu, nerespektují kulturní, etnické a náboženské odlišnosti a nenabízí návštěvu duchovního a nerespektují odlišnost vyznání.

Výsledek pozorování tab. č. 21

Tabulka č. 21 - Zapojení rodiny do ošetrovatelské péče.

Zapojení rodiny do ošetrovatelské péče (n = 12)	ni	fi (%)
Sestra zapojila rodinu do ošetrovatelské péče	3	25
Sestra nezapojila rodinu do ošetrovatelské péče	9	75
Σ	12	100

Tabulka č. 22 - Komunikace respondentů s rodinou pacienta.

Komunikace s rodinou pacienta (n= 136)	ni	fi (%)
Beru ji jako součást ošetrovatelské péče	80	59
Nějak zvlášť nezasahuje do ošetrovatelské péče	14	10
Vyhýbám se ji	22	16
Obtěžuje mě	20	15
Σ	136	100

Tabulka č. 23 - Potíže respondentů při ošetrování nemocného romského etnika.

Potíže při ošetrování nemocného romského etnika (n = 136)	ni	fi (%)
Ano	48	35
Ne	88	65
Σ	136	100

Tabulka č. 24 - Vyjádření pocitů respondentů při ošetřování romského etnika.

Vyjádření pocitů (n = 48)	ni	fi (%)
Bez odpovědi	28	58
Odpor	9	19
Jsou prostě tmavý	6	13
Špatná zkušenost	5	10
Σ	48	100

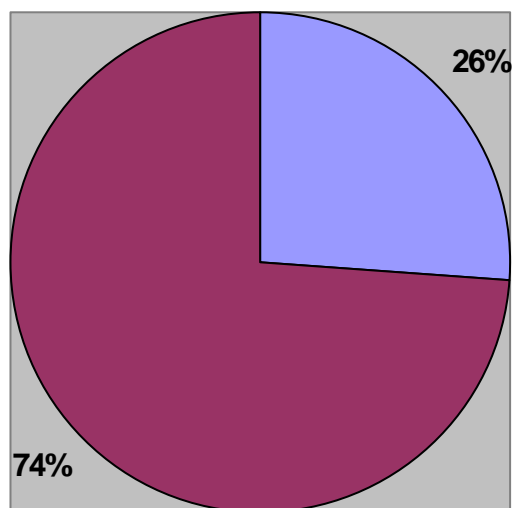
Tabulka č. 25 – Nabídka možnosti nemocnice v duchovní službě pro nemocné a jejich rodiny.

Nabídka duchovní služby v nemocnici. (n=136)	ni	fi (%)
Ano	98	72
Ne	38	28
Σ	136	100

Tabulka č. 26 – Nabídka možnosti nemocnice v psychologické službě pro nemocné a jejich rodiny.

Nabídka psychologické služby v nemocnici. (n=136)	ni	fi (%)
Ano	112	82
Ne	24	18
Σ	136	100

Graf č. 4 Náboženské vyznání respondentů.



Tabulka č. 27 - Náboženské vyznání věřících respondentů.

Vyznání (n=35)	ni	fi (%)
Katolík	31	88
Buddhista	1	3
Evangelík	1	3
Protestant	1	3
Pravoslavný	1	3
Σ	35	100

Tabulka č. 28 - Potřeba respondentů o duchovní služby.

Potřeba duchovní služby (n=136)	ni	fi (%)
Ano	23	17
Ne	113	83
Σ	136	100

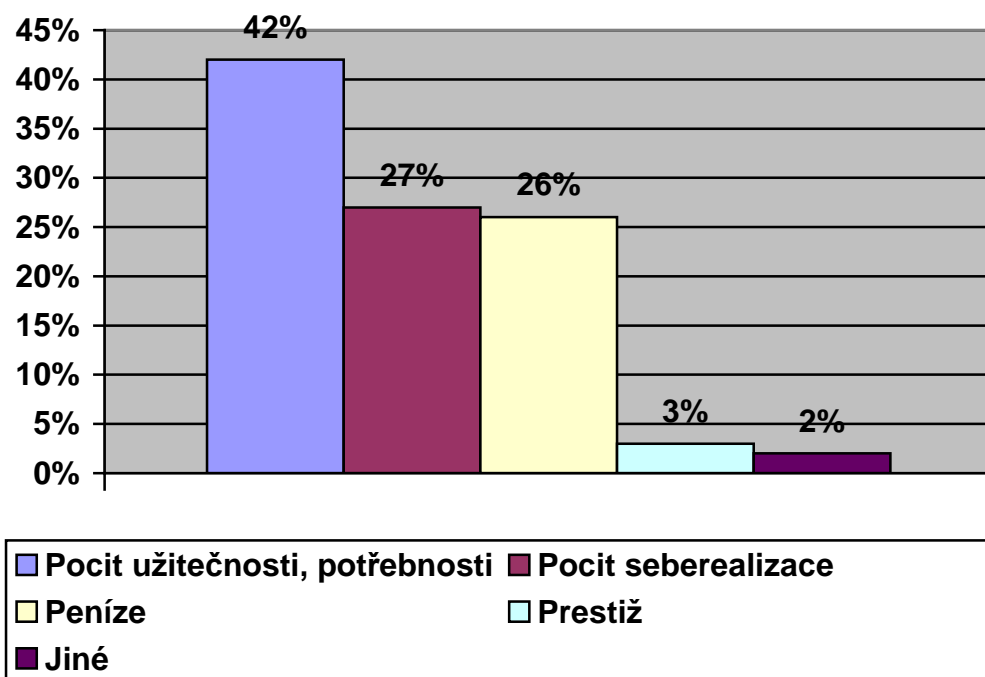
Tabulka č. 29 - Potřeba respondentů o psychologické služby.

Potřeba psychologické služby (n=136)	ni	fi (%)
Ano	51	38
Ne	85	62
Σ	136	100

Tabulka č. 30 – Zapojení rodiny do hygienické péče, rehabilitace atd.

Zapojení rodiny do hygienické péče, rehabilitace atd. (n=136)	ni	fi (%)
Ano	45	33
Výjimečně	57	42
Ne	30	23
Rodina nechce	3	2
Σ	136	100

Graf č. 5. Pocity a postoje respondentů ke svému povolání.



Shrnutí a zhodnocení výsledků k hypotéze č. 3

Cílem hypotézy č. 3 bylo zjistit, zda sestry spolupracují a komunikují s rodinou nemocného, zda respektují důstojnost nemocného jiného etnika, kultury a náboženství na ARO, JIP a nabízí návštěvu duchovního.

Úkol: zjistit, zda sestry spolupracují a komunikují s rodinou nemocného.

Komunikace s rodinou pacienta je pro téměř 60% respondentů součástí ošetrovatelské péče. Pro ostatní respondenty komunikace s rodinou nemocného nějak zvlášť nezasahuje do ošetrovatelské péče. Pro 31% respondentů je komunikace s rodinou nemocného obtěžující nebo se jí dokonce vyhýbají, viz. tab. č. 22.

Úkol: zda sestry zapojují rodinu do ošetrovatelského procesu.

Rodinu zapojuje do ošetrovatelské péče podle dotazníkového zjištění pouze 33% respondentů. Téměř 25% respondentů vůbec nezapojí rodinu do péče, ostatní respondenti tak dělají jen výjimečně a 3 respondenti uvedli, že rodina nechce, viz.

tab. č. 30. Výsledek pozorování ukázal, že 75% sledovaných sester vůbec nezapojilo rodinu do péče.

Pro 35 respondentů je problém ošetřovat nemocné romského etnika. Ostatní respondenti nepocítují žádné obtíže při ošetřování nemocného romského etnika, viz. tab. č. 23. Negativní pocity, které mají respondenti při ošetřování nemocných romského etnika vyjádřilo pouze 20 respondentů. Pro 6 respondentů jsou nemocní romského etnika prostě tmavý, 9 respondentů uvedlo, že pocítují odpor a 5 respondentů uvedlo, že mají špatnou zkušenost. Téměř polovina respondentů s negativními pocity a postoji nevyjádřilo své pocity.

Úkol: Zjistí náboženské vyznání respondentů a zda nabízí návštěvu duchovního.

Celkem 26% respondentů uvedlo, že jsou věřící. Většina respondentů jsou bez náboženského vyznání což odpovídá skupině ateistů. Většina věřících respondentů jsou katolíci. Ostatní věřící respondenti se hlásí k různým náboženstvím, viz. tab. č. 27.

Samotní respondenti se domnívají asi v 80%, že nepotřebují duchovní službu, ale psychologickou službu potřebuje už téměř 40% respondentů, viz. tab. č. 28, 29.

Téměř 30% respondentů neví o možnosti návštěvy duchovního u lůžka nemocného, kterou umožňují všechny nemocnice, kde probíhal výzkum. Asi 25% respondentů neví o psychologické službě pro nemocného a jeho rodinu, kterou taktéž všechny nemocnice, kde probíhal výzkum, nabízejí, viz. tab. č. 25, 26.

Téměř 70% respondentům přináší jejich povolání nejčastěji pocit užitečnosti, potřebnosti a seberealizace. Peníze jsou důležitým prvkem pro 26% respondentů. Viz. graf č. 5. Výsledek považuji za pozitivní, neboť jen jeden respondent pocítuje stres, jiný respondent pocítuje radost, jistotu práce a nové informace.

Hypotéza č. 3 byla potvrzena.

8 Diskuze

V diplomové práci se snažím zaměřit především na problematiku vyšších psychosociálních potřeb. Práce na oddělení s intenzivní péčí, jako je ARO, JIP je velmi náročná nejen pro sestry, ale pro celý zdravotnický tým, který pečuje o nemocné, kteří jsou převážně v bezvědomí a ve velmi vážném zdravotním stavu, zdravotník je pochopitelně zaměřen na existenci a saturaci fyziologických potřeb. Zpravidla zdravotník verbálně nekomunikuje s nemocným, ale s jeho rodinou, přáteli a celou společností, která nemocného obklopovala během života a to jsou obtížné situace, kterých se zdravotník účastní.

Především intimita nemocného je velmi často narušena. Intimita každého člověka souvisí především s důstojností a sebepojetím. Intimitu nemůžeme přesně popsat, neboť je pro každého člověka zcela individuální. Ztrácí-li člověk intimitu, ztrácí i svoji důstojnost. Proto název diplomové práce zachování důstojnosti u pacienta v bezvědomí.

Při zpracování teoretické části nastaly problémy. Literární a jiné zdroje, které se zabývají intimitou – důstojností u pacienta v bezvědomí, bylo velmi obtížné sehnat. Po domluvě s PhDr. Helenou Chloubovou se věnuji především v teoretické části potřebám člověka s důrazem na vyšší psychosociální potřeby, protože především saturace vyšších psychosociálních potřeb má vztah k důstojnosti nemocného. Domnívám se, že teoretická znalost potřeb člověka a psychologické minimum je nezbytné pro zdravotníky pečující o nemocné.

Jen okrajově popisuji kulturní, etnické, náboženské vlivy, které ovlivňují sebepojetí každého člověka. Detailní rozbor těchto vlivů by vydalo na jednotlivé diplomové práce. Zdravotník by si měl uvědomit, co všechno ovlivňuje sebepojetí nemocného, jak je důležité, aby nemocný neztrácel kontakt se svým okolím a měl stále co nejvíce emočních pozitivních kontaktů z vnějšku. Z vlastní zkušenosti vím, že nemocný se lehce stává „někým“ na posteli č. ?, často je objektem a předmětem našeho výkonu, ale není našim důstojným partnerem, protože vědomě nevyjadřuje své pocity.

V pilotní studii jsem rozdala dotazník osmy sestrám. Po vyhodnocení dat bylo jasné, že některé otázky musí být pozměněny a některé otázky jsem zcela vyřadila, protože by nepřinesly žádnou výpovědní hodnotu. Rozhodly jsme se pro kvantitativní výzkum, abychom docílily co největší výpovědní hodnoty. Konečný

počet správně vyplněných dotazníků bylo 136. Kvantitativní dotazníkovou metodou jsem doplnila pozorováním sester při ošetřování nemocných. Výsledky s pozorování jsou kvalitativní. Jsem si vědoma, že výsledky pozorování mohou být zkresleny, neboť při hodnocení jsem se neubránila vlastní zkušenosti a zainteresovanosti, proto jsem si zvolila kritéria pro pozorování viz. příloha č. 7. Také má přísnost a náročnost mohla zkreslit výsledek.

8.1 Diskuze k výsledkům

První hypotéza zněla: *Myslím si, že sestry se středoškolským vzděláním nemají dostatek teoretických informací v oblasti potřeb člověka a tudíž velmi zřídka diagnostikují a stanovují psychosociální potřeby pacientů na ARO, JIP.*

Ve výsledcích k hypotéze č. 1 mě překvapila především vysoká vzdělanost sester pracujících na ARO, JIP. Většina respondentů má vyšší stupeň vzdělání, a tak jsem se domnívala, že správnost odpovědí na teoretické znalosti bude vyšší. Přesto nebyli schopni respondenti správně určit autora domečku hierarchie potřeb a zcela automaticky, bez rozmyslu zaškrtnuli první variantu odpovědi, neboť jim byla povědomá. Při zařazení jednotlivých potřeb dělali respondenti také poměrně hodně chyb. Více jak polovina respondentů nebylo schopno správně zařadit danou potřebu psychosociální potřebu správně.

Všichni respondenti se shodli, že pečují o fyziologické - tělesné potřeby nemocných. Asi polovina respondentů se domnívá, že pečuje ještě o jiné potřeby nemocných. Podle mého názoru nemají dostatečné teoretické znalosti o potřebách člověka a tak mohou být výsledky poměrně zkreslené, neboť nejsou schopni správně zařadit jednotlivé potřeby a tím nejsou schopny je vyhledávat. Možná sestry saturují psychosociální potřeby nemocných, aniž by tak dělali vědomě. Psychosociální potřeby nemocných saturují především sestry svým pozitivním morálním postojem k nemocnému a k jeho rodině. Svým chováním může sestra důstojnost nemocného zachovat nebo zcela devalvovat. Je to především morální problém, kterého se v diplomové práci dotýkám. Změřit morálku každé sestry nelze, můžeme jen z výsledků výzkumů usuzovat, jak vypadá reálná péče. Více jak polovina sledovaných respondentů nenavštívila žádný seminář zaměřený na potřeby člověka. Myslím si, že je velmi málo seminářů, v rámci celoživotního vzdělávání, zaměřených na péči o psychosociální potřeby člověka. Podle výsledků si myslím, že by měli

respondenti zájem o tyto semináře. Především o semináře zaměřené na saturaci spirituálních potřeb. Domnívám se, že sami respondenti cítí obtíže při saturaci spirituálních potřeb, ať už nedostatečným náboženským vzděláním či jen studem, který mohou pociťovat.

Je otázkou nakolik dobrá teoretická znalost potřeb zaručí jejich dobrou saturaci. Myslím si, že teoretická znalost je dobrým východiskem pro saturaci potřeb nemocných, ale není zárukou jejich saturace. Sestra teoreticky nepřipravená může svým postojem, zájmem a lidskostí ošetřování daleko lépe saturovat potřeby nemocného, než sestra, kde právě obyčejná lidskost a zájem o blaho nemocného chybí, nebo je vyhořelá. Pak jakákoliv teorie zůstává pouze teorií.

Zde se do popředí dostává ošetrovatelská etika. Především etický kodex sester. Etika je věda o mravnosti. Morálka je soubor pravidel mravnosti, které lidé dodržují při svém chování. Celé ošetrovatelství je potřeba především polidštit - humanizovat. Z výkonového medicínského povolání povolání jej převést na povolání kreativní, kde prioritou budou lidské potřeby ošetřovaných.

Druhá hypotéza zněla: ***Domnívám se, že zachování důstojnosti u pacienta v bezvědomí je nedostačující především v oblasti hygienické péče, péče o pacienta v terminálním stádiu, v péči o umírajícího pacienta.***

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že téměř polovina respondentů má problém zachovat důstojnost nemocného především při hygienické péči. Výsledek pozorování potvrdil, že především při hygienické péči mají sestry problém se zachováním důstojnosti. Překvapilo mě, že na druhém místě jsou instrumentální činnosti, při kterých mají respondenti problém zachovat důstojnost nemocného. Terminální stádium a umírání nebylo respondenty označeno, jako oblast, při kterých respondenti nepociťují takové problémy se zachováním důstojnosti. Myslím si, že je tento výsledek dán především odlišností vnímání nemocného a rodiny v terminálním stádiu a doprovodem nemocného při umírání. Každý člověk má svoji představu důstojného umírání a tato odlišnost se zde projevila. Musím se přiznat, že mě nejvíce zaskočilo pět respondentů, kteří nevybrali žádnou variantu odpovědi, ale dopsali, že nemají problém se zachováním důstojnosti v žádné oblasti péče o nemocného. Myslím si, že toto tvrzení je velmi odvážné a respondentům chybí sebereflexe. Myslím si, že když chce sestra pečovat o nemocného nejlépe, jak umí, dostane se občas do situace, kdy důstojnost nemocného je narušena, protože dává přednost záchraně života při resuscitaci či náhlých příhodách.

Ačkoli si respondenti myslí, že nemají problém se zachováním důstojnosti nemocného v terminálním stádiu a při umírání, ale více jak polovina respondentů si nepřeje ležet, či umírat na oddělení kde sama pracují. S tohoto výsledku usuzují, že právě toto je oblast péče, která není právě důstojná. Výrazným aspektem byla především dobrá diagnosticko – terapeutická péče, proč by tam chtěli respondenti ležet na oddělení, kde sami pracují a převážně saturují jen tělesné potřeby. Sami respondenti cítí mezery především v komunikaci ať už slovní a hmatové, jak vyplynulo z výsledků pozorování.

Bohužel vedoucí pracovníci nejčastěji hodnotí práci sester podle správnosti vedení ošetrovatelské dokumentace. Správné provádění instrumentálních činností a upravenost pacienta a okolí lůžka se ukázalo jako další důležitý aspekt hodnocení pracovníků. Spokojenost pacienta a jeho rodiny je na posledním místě hodnocení. Jsem názoru, že to je hlavní problém. Sestry se tak domnívají, že dobře vedená dokumentace a správné provádění a asistence při výkonech je důležitější než samotná péče o pacienta. Sestry mohou mít pocit, že hlavně správně vedená dokumentace je to nejdůležitější a nejlepší. Právě spokojenost a samotná ošetrovatelská péče o pacienta a jeho rodinu by měla být předmětem slovního hodnocení sester a v dokumentaci jako červená nit.

Více jak polovina respondentů se domnívá, že koncept bazální stimulace napomáhá saturovat psychosociální potřeby nemocného. Myslím si, že správná péče podle konceptu bazální stimulace přiblíží pacienta a lépe zapojí rodinu do péče a tak může sestra nejen stimulovat nemocného, ale zároveň saturovat psychosociální potřeby nemocného.

Třetí hypotéza zněla: *Na základě vlastních zkušeností se domnívám, že sestry nedostatečně zapojují rodinu do ošetrovatelského procesu a nerespektují kulturní, etnické a náboženské odlišnosti a nenabízí návštěvu duchovního a nerespektují odlišnost vyznání.*

Z výsledků pozorování vyplynulo, že sestry mají problém s komunikací nejen slovní, ale i hmatové při ošetrování nemocného. Tomu nasvědčují i výsledky s dotazníkového šetření, kdy sami respondenti komunikují a zapojují rodinu velmi málo.

Svoji pozornost jsem zaměřila především na pacienty romského etnika. Téměř pro třetinu respondentů je problém ošetrovat pacienty romského etnika. Podle

mého názoru je to poměrně velké procento, ale tento výsledek mě nepřekvapil. Jsem ráda, že respondenti si byli schopni přiznat potíže, které pociťují při ošetřování pacienta romského etnika. Věřím pak, že pacienty odlišného etnika tito zdravotníci raději neošetřují a přenechají je v péči zdravotníků, kteří tento problém nemají. Je otázkou kolik respondentů si nepřizná, že mají problém s ošetřováním pacienta romského etnika. To je věc, kterou nejsem schopna zjistit. Respondenti, kteří mají obtíže, byli vyzváni k verbalizaci pocitů. Byla jsem velmi zděšena odpověďmi. Odpověď: „jsou tmavý, pociťují odpor nebo mají špatnou zkušenost“, mě opravdu velmi šokovaly. Je – li problém pacient romského etnika, kdy na toto etnikum jsme zvyklí, jaké pocity vyvolá pacient asijského, afrického a jihoamerického původu a dalších.

Možná je to ještě pozůstatek totalitního režimu, ve kterém většina respondentů ještě vyrůstala, protože režim znemožnil přirozené poznávání jednotlivých etnik, kultur a náboženství.

Všechna zdravotnická zařízení, kde probíhal výzkum, nabízí duchovní a psychologickou péči pro pacienty a jejich blízké. Téměř třetina respondentů vůbec neví o této možnosti, které nemocnice nabízí. S toho usuzuji, že nepečují a duchovní a psychologické potřeby nemocných a ani neprojevují dostatečný zájem o tuto oblast, protože vůbec neví o možnostech, které nemocnice nabízí. Domnívám se, že kontakty na nemocničního kaplana a psychologa jsou dostupné na každém oddělení či případně na vnitřním internetu nemocnice, a proto stačí osobní zájem sester o tuto problematiku.

Respondentům jsem položila velice intimní otázku na jejich víru. Pouze třetina respondentů je věřících. Nejvíce je zastoupená katolická církev. Myslím si, že právě věřící respondenti mohou mít blíže k saturaci psychologických potřeb a především vnímání intimity je daleko intenzivnější.

Asi 20% procent respondentů by mělo zájem o duchovní péči a téměř 40% o psychologickou péči. Což poukazuje na psychicky velmi náročné situace, které respondenti pociťují v práci.

Velmi málo respondentů zapojí rodinu do ošetrovatelské péče. Někteří respondenti tak dělají jen výjimečně nebo vůbec. Myslím si, že je to dáno především nedostatkem zájmu a iniciativy ze strany zdravotníků a nedostatkem znalostí významu rodiny pro nemocného.

Téměř polovině respondentům přináší povolání pocit užitečnosti a potřeby. Na druhém místě je to pocit seberealizace a téměř stejným počtem odpovědí i peníze jako důležitý aspekt povolání. Nevím, jaké pořadí by bylo správné, ale věřím, že peníze nejsou hlavním motivem a pocitem, který mají respondenti při práci.

9 Navrhovaná opatření pro praxi

- semináře v menších skupinách k psychosociálním potřebám
- supervize a možnosti psychologické změny postojů sester
- studijní pobyty v zahraničí s nemocnými jiných etnik
- lepší obsah zdravotnické dokumentace ke spokojenosti pacientů a rodiny
- morální kodex sester na ARO, JIP

10 Závěr

V diplomové práci Zachování důstojnosti u pacientů v bezvědomí na ARO, JIP jsem se zabývala problematikou důstojnosti nemocného, který je v bezvědomí a ztrácí tak schopnost rozhodovat o sobě samém a ztrácí tak svoji důstojnost.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a část empirickou. Na začátku teoretické části jsem se snažila popsat nemocného v bezvědomí, který leží na oddělení ARO, JIP. Snažila jsem se popsat nejen tělesné potřeby nemocných, které jsou často v popředí zájmů, ale především psychosociální potřeby nemocných na ARO, JIP. Neuspokojení psychosociálních potřeb vede k tomu, že nemocný ztrácí svoji důstojnost a mění se jeho sebepojetí. Zabývala jsem se také tím, zda je přístup v péči holistický. Snažila jsem se o stručný pohled na kulturní, etnické a náboženské odlišnosti, které ovlivňují sebepojetí každého člověka.

V empirické části jsem se pokusila zjistit teoretické znalosti respondentů o potřebách člověka a především jejich saturaci v nemocnici. Je otázkou nakolik je důležité znát dobře teorii o potřebách, když chybí motivace a především chuť a elán v ošetrovatelském procesu.

Stanovené cíle a hypotézy výzkumu se potvrdily, proto můžu považovat výzkum za úspěšný. Myslím si, že by bylo lepší detailně sledovat jednotlivé oblasti. Zaměřit se především na jednotlivé odlišnosti ať už v oblasti kultury, etnika a náboženského vyznání. Bylo by jistě velmi zajímavé sledovat chování zdravotníků, když je pacient jiné národnosti, kultury, vyznání a podobně. A zároveň sledovat pocity a postoje rodinných příslušníků, kteří velmi vnímavě hodnotí chování zdravotníků. To se mně nepodařilo, jistě by takový výzkum byl velmi nejen časově náročný, ale také organizačně.

11 Seznam použitých zdrojů

1. ATKINSON, R., ATKINSON, C. *Psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-640-3.
2. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., ROTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství*. Brno: NCO NZO. 2005. ISBN 80-7013-416-X.
3. BÖHME, M. *Co si myslím o ...lidské důstojnosti a efektivitě nesprávné profesionální chování zdravotníků*) zdravotnické noviny 2004. Roč. 53. č. 48. s. 24. ISSN 0044-1966.
4. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., KUČEROVÁ, H. *Psychologie a pedagogika II*. Praha: Informatorium, 2004. ISBN 80-7333-028-8.
5. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. Brno IDVPZ, 2001. ISBN 80-7013-342-2.
6. DOLISTA, J. *Důstojnost umírajícího*. Kontakt.2002. roč. 4. č. 2/3. s. 103-131. ISSN 1212-4117
7. FIŠEROVÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. Brno: IDVZP, 1996.
8. FRIEDLOVÁ, K. *Basální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada 2007. ISBN 978-80247-1214-4.
9. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stárí*. Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-158-2.
10. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 2002, třetí rozšířené vydání. ISBN 80-7262-132-7.
11. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.
12. HUDEČKOVÁ, R. *Etika práce sestry u nemocných závislých na ventilátoru*. Sestra. 2002. Roč. 12. č. 1. s. 7. ISSN 1210-0404
13. CHLOUBOVÁ, H. *Člověk ve zdraví a nemoci*. In: *Základní potřeby člověka - osobní rádce zdravotní sestry*. Praha: 2003, č. 4, 4/15.2.1., s. 1-9. ISSN 1214-0074.
14. CHLOUBOVÁ, H. *Psychosociální potřeby nemocných*. In: *Základní potřeby člověka – Osobní rádce sestry*. Praha: 2004, č.1,4/15.2.2, s. 1-8. ISSN 1214-0074.

15. CHLOUBOVÁ, H. *Psychosociální potřeby nemocných*. In: Zpravodaj pro management rezidenčních zařízení. roč. 1., č. 3. 2005.
16. CHLOUBOVÁ, H. *Uspokojování potřeb ve stáří v současném pojetí ošetrovatelské péče*. In: Sestra. V. Praha: 1995, č. 2. ISSN 1210-0404.
17. CHLOUBOVÁ, H. *Vyšší psychosociální potřeby nemocných – self(já)*. In: Základní potřeby člověka – Osobní rádce zdravotní sestry. Praha: 2004, č. 6, 4/15.2.4., s. 1-8 . ISSN1214-0074.
18. CHLOUBOVÁ, H. *Vyšší psychosociální potřeby nemocných- vztahové potřeby*. In: Základní potřeby člověka – Osobní rádce zdravotní sestry. Praha: 2004, č. 5, 4/15.2.3., s. 1-8. ISSN 1214-0074.
19. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6.
20. JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. Praha: ISV, 2000. ISBN 80-85866-55-2.
21. KALVACH, Z. *Respektování lidské důstojnosti*. Příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně – sociálních oborů. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4334-0.
22. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9
23. KARALOVÁ, L. Diplomová práce - *Sebepojetí u žen před plastickou estetickou operací*. 2005/2006, 1. LF. UK. UTPO.
24. KASAL, E. a kol. *Základy anesteziologie, resuscitace, neodkladné medicíny a intenzivní péče*. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-0556-2.
25. KAŠPÁRKOVÁ, Z. Diplomová práce – *Kvalita života – osamělost ve stáří*. 2006/2007, 1. LF. UK. UTPO.
26. KOLÁŘ, J., et al. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-604-5
27. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.
28. KRISTKOVÁ, A. *Pacient s apalickým syndromem v domácím prostředí*. Sestra. 2008. roč. 18. č. 6. s. 13-14. ISSN 1210-0404
29. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

30. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, 1994. ISBN 80-7169-121-6.
31. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada, 1998, ISBN 80-7169-551-3.
32. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001, ISBN 80-7178-551-2.
33. KŘIVOHLAVÝ, J., PECENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2004, ISBN 80-247-0784-5.
34. KUZNÍKOVÁ, M. *Ošetrovatelská péče o pacienta s apalickým syndromem*. Sestra 2007. Roč. 17. č. 6. s. 30-31. ISSN 1210-0404.
35. LANGMAIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1284-9.
36. LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, M. *Trauma mozku a jeho rehabilitace*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-569-7.
37. MATOUŠEK, O. *Potřebujete psychoterapii?* Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-036-7.
38. MARŠÁLKOVÁ, K. *Apalický syndrom – vegetativní stav*. Sestra 2004. Roč. 14. č. 1. Tém. Sešit - Neurologie s. 125. ISSN 1210-0404.
39. MUNZAROVÁ, M. *Důstojnost člověka v bolesti, v utrpení a v umírání*. Causa subita. 2006. Roč. 9. č. 3. s. 165. ISSN 1212-0197.
40. NAKONEČNÝ, M. *Encyklopedie obecné psychologie*. Praha: Academia, 1997. ISBN 80-200-0625-7.
41. NAKONEČNÝ, M. *Úvod do psychologie*. Praha: Academia, 2003. ISBN 80-200-0993-0.
42. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely v ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1211-3.
43. PAYNE, J. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
44. PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H. *Asertivitou proti stresu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1697-8.
45. PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H. *Proti stresu krok za krokem*. Praha: Grada, 2001, ISBN 80-247-0068-9.
46. ROTTER, H. *Důstojnost lidského života (základní otázka lékařské etiky)*. Praha: Vyšehrad, 1999. ISBN 80-7021-302-7.

47. ROZSYPALOVÁ, M., ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., *Psychologie a pedagogika I*. Praha: Informatorium, 2003. ISBN 80-7333-014-8.
48. SEIFERTO VÁ, D. Diplomová práce – *Saturace vyšších psychosociálních potřeb u hemodialyzovaných pacientů*. 2004/2005, 1. LF. UK. UTPO.
49. SLEZÁKOVÁ, L. *Ošetrovatelství pro zdravotní asistenty*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2270-2.
50. SVOBODOVÁ, H. *Důstojnost lidské existence v péči o nemocné*. Diagnóza v ošetrovatelství. 2006. Roč. 2, č. 3. s. 115-117. ISSN 1801-1349.
51. ŠANDOROVÁ, I. *Bazální stimulace u klientů s dg. perzistentního vegetativního stavu*. Sestra. 2008. Roč. 18. č. 9. s. 8-9. ISSN 1210-0404.
52. ŠURÁŇOVÁ, E., VITÁSKOVÁ, R. *Apalický syndrom jako ošetrovatelský problém*. Sestra. 2005. Roč. 15. č. 10. s. 50-51. ISSN 1210-0404.
53. TRACHTOVÁ, E. A KOL. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno 2001. IDVZP ISBN 80-7013-324-8.
54. VÁCHA. M., *Místo na němž stojíš, je posvátná země*. Brno: Cesta, 2008. ISBN 978-80-7295-104-8.
55. VÁGNEROVÁ, M. *Úvod do psychologie*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-421-7.
56. VOREL, M., - FÁCOVÁ, V. et al. *Člověk, jeho mozek a svět*. Praha: Grada, 2009. ISBN 987-80-247-5.
57. VYMĚTAL, J. et al.: *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0723-3.
58. VYMĚTAL, J. *Speciální psychoterapie*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1315-1.
59. WALLEROVÁ. R. *Život v kómatu*. Mladá fronta Dnes. 2009

PŘEDNÁŠKY

60. DVOŘÁKOVÁ, H. *Bazální stimulace – základní kurz*. Praha. UVN, 15. 9. 2009.
61. CHLOUBOVÁ, H. *Základní potřeby nemocných*. Praha. 1. LF. UTPO, 10.11. 2009.
62. CHLOUBOVÁ, H. *Já – self potřeby sebepojetí – sebeúcta*. Praha. 1- LF. UTPO. 12. 10. 2009.

INTERNETOVÉ ZDROJE

63. <http://cs.wikipedia.Org/wiki/Kultura>[online]. [cit. 25. 1. 2010]
64. <http://cs.wikipedia.Org/wiki/Etnikum>[online]. [cit. 19.1. 2010]
65. <http://cs.wikipedia.Org/wiki/Krestanství>[online]. [cit. 20.1. 2010]
66. <http://www.blisty.cz> JANÝR, P. *Cikáni*.ISSN 1213-1792 [online]. [cit. 8.1. 2010]
67. <http://Wikopedia.org/wiki/Sebepojet>. [online]. [cit.17.1.2010]
68. www.basale-stimulation.at [online]. [cit 15. 1. 2010]

TELEVIZNÍ POŘAD

69. *Na plovárně s Tomášem Špidlíkem*. ČT2. 6. 8. 2010.

EDUKAČNÍ MATERIÁL

70. Duchovní služba AČR a UVN. *Duchovní služba pro nemocné je součástí celkové péče o pacienta*. Garant: mjr. Mgr. Pavel Ruml, kaplan ÚVN ,2006.

12 Seznam zkratek

UPV	Umělá plicní ventilace
GCS	Glasgow Coma Scale
CVP	Centrální žilní tlak
PMK	Permanentní močový katetr
NGS	Nasogastrická sonda
JS	Jejunální sonda
PEG	Perkutánígastrotomie
BMI	Body mass index
CŽK	Centrální žilní katetr

13 Seznam příloh

Příloha č. 1 - Glasgow Coma Scale (Kapounová)

Příloha č. 2 - Maslowova hierarchie potřeb (Trachtová)

Příloha č. 3 - Index viscerogenních potřeb (Trachtová)

Příloha č. 4 - Index biogenních potřeb (Trachtová)

Příloha č. 5 - Dům životních potřeb (Chloubová)

Příloha č. 6 - Dotazník

Příloha č. 7 - Kriteria pro hodnocení sester - pozorování